



Struktur- und
Technologieberatungsagentur für
ARbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in
Thüringen (START) e.V.



Bezirk Thüringen

Manfred Kunk
Gerd Marstedt
Klaus Schahn

Thüringer Krankenhauslandschaft im Wandel

Bericht
über ein kooperatives Forschungsprojekt des
"Weiterbildungs-Studiums Arbeitswissenschaft" (Universität Hannover)
und des "Zentrums für Sozialpolitik" (Universität Bremen)

START-Forschungsbericht 10

START e.V. ist eine Beratungs- und Forschungsinstitution, die sich das Ziel gesetzt hat, mit ihrer Arbeit den Interessen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Umstrukturierungsprozeß der Thüringer Wirtschaft Rechnung zu tragen.

In diesem Sinne führt START e.V. Forschungsprojekte zu Fragen der regionalen, sozialen und betrieblichen Entwicklung durch bzw. vergibt entsprechende Aufträge und veröffentlicht deren Ergebnisse als Diskussionsbeitrag. Die Verantwortung für den Inhalt liegt bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren.

Erfurt, Dezember 1997

START e.V.
Juri-Gagarin-Ring 150
99084 Erfurt
Telefon: 0361/5961-100
Telefax: 0361/5961-111

Redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Jürgen Neubert
Gisela Pietsch

Schutzgebühr 6,00 DM

Bankverbindung: BfG Erfurt, Kto: 1371869900, BLZ: 82010111

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abkürzungsverzeichnis	3
Vorwort	5
1. Einleitung	7
2. Kurzfassung des Berichts	10
3. Das stationäre medizinische Versorgungssystem in Thüringen von der DDR-Zeit bis heute - ein Abriß der historischen Entwicklung	14
a) Kennzahlen im stationären Bereich	15
b) Die Entwicklung in der stationären Versorgung nach der Wende	17
c) Stationäre Versorgung in Thüringen	19
d) Personalsituation im pflegerischen Bereich	22
e) Personalsituation im ärztlichen Bereich	23
4. Stationäre Versorgung gestern und heute: Wahrnehmungsmuster und Bewertungen der Akteure	25
5. Die aktuelle Situation im Feld der Kommunikation, Kooperation und Interessenaushandlung zwischen den zentralen gesundheitspolitischen Akteuren	29
6. Wahrgenommene Defizite des Landeskrankenhausplanung: Kritik an der Intransparenz der Perspektiven und Planungskriterien	32
7. Konkurrenz und Kooperation der Krankenhäuser - <i>die</i> zentrale gegenwärtige Problematik und die zugleich zentrale Zukunftsaufgabe	35
8. Rationalisierung in den Krankenhäusern: Bisher durchgeführte Maßnahmen und wahrgenommene Wirtschaftlichkeitsreserven	39
a) Bisher realisierte Maßnahmen	39
Outsourcing	39
Kosten-Controlling	40

b)	Von den Entscheidungsträgern wahrgenommene Rationalisierungsbarrieren und -reserven	42
	Rationalisierungs-Hindernisse	42
	Rationalisierungskonzepte und wahrgenommene Wirtschaftlichkeitsreserven	43
c)	Perspektiven der GKV: CASE-Management und Einkaufsmodelle	45
d)	Das Krankenhaus der Zukunft: abgespecktes High-Tech-Center oder multifunktionales und integriertes Gesundheitszentrum?	46
9.	Spezielle Fragestellungen der Untersuchung	48
a)	Das Arbeitszeitgesetz und seine Umsetzung	48
b)	Die Pflegepersonalregelung	49
c)	Krankenhausbudgets: Sonderentgelte und Fallpauschalen, ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Versorgung	49
10.	Probleme der Interessenwahrnehmung durch Personalräte und gewerkschaftspolitische Anknüpfungspunkte	51
	Literatur	53
	Anhang: Interviewleitfaden (Krankenhäuser)	54

Abkürzungsverzeichnis

AOK	=	Allgemeine Ortskrankenkasse
BKK	=	Betriebskrankenkasse
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	=	Gesundheitsstrukturgesetz
KH	=	Krankenhaus
KIS	=	Krankenhausinformationssystem
LKHG	=	Landeskrankenhausesellschaft
PPR	=	Pflegepersonalregelung
PPV	=	Pflegepersonalverordnung
VdAK	=	Verband der Angestelltenkrankenkassen

Vorwort

Die Krankenhauslandschaft in Thüringen befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel.

Das vorliegende Forschungsergebnis beschreibt den seit 1991 eingetretenen Wandel der Krankenhauslandschaft in Thüringen. Es zeichnet sehr klar die Wahrnehmungen der Betroffenen nach, geht besonders auf die Probleme des Transformationsprozesses ein und beschreibt Lösungsansätze für die Zukunft.

Die Fachleute sind sich einig: Das Gesundheitswesen in Deutschland braucht dringend grundlegende Strukturreformen. Aber statt mit der sogenannten dritten Stufe der Gesundheitsreform die notwendigen Veränderungen durch entsprechende Gesetze auf den Weg zu bringen, hat die Bundesregierung mit dem 1. und 2. Neuordnungsgesetz nur das Lebensrisiko Krankheit weiter privatisiert. Wieder einmal hat sie die Chance vertan, das Gesundheitswesen für die neuen Herausforderungen fit zu machen.

Eine gesundheitspolitisch sinnvolle Organisation des Gesundheitswesens würde dessen Wirtschaftlichkeit verbessern. Vor allem aber würde sie die Qualität der Versorgung steigern. Viel zu lange schon wird in Bonn Gesundheitspolitik nur noch als Politik der Kostendämpfung verstanden. Es ist höchste Zeit, bei der Versorgung kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen deren Bedürfnisse wieder in den Mittelpunkt zu stellen. Das muß gar nicht mehr kosten. Zur Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen braucht es keine zusätzlichen Milliarden, sondern in erster Linie strukturelle Veränderungen.

Es versteht sich von selbst, daß eine Humanisierung der Gesundheitsversorgung auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen umfassen muß. Nur durch die konsequente Einbeziehung der Kolleginnen und Kollegen in den Reformprozeß können Veränderungen erfolgreich sein.

Trotzdem muß die Diskussion um neue Versorgungsformen weitergeführt werden. Mit dieser Broschüre will die ÖTV Thüringen dazu beitragen.

gez. Claudia Rühlemann
ÖTV-Landesvorsitzende

gez. Jürgen Wörner
Stellv. ÖTV-Landesvorsitzender

1. Einleitung

Unabhängig von den spezifischen Problemen der Krankenhäuser in den östlichen Bundesländern steht der stationäre Sektor medizinischer Versorgung seit geraumer Zeit unter einem erheblichen Modernisierungsdruck. Als maßgebliche Stichworte dazu lassen sich etwa benennen:

- ökonomische Restriktionen im Gefolge der Kostenbudgetierung durch das GSG und
- damit induzierte Anforderungen zur Rationalisierung von Krankenhausleistungen in allen Sektoren (Verwaltung, Diagnostik, Pflege, „Hotelfunktionen“);
- erhöhte Anforderungen im Bereich der Dokumentation und Bereitstellung maschinenlesbarer Daten;
- vermehrtes Kosten-Controlling durch Krankenkassen;
- gestiegener Legitimationsdruck in der Öffentlichkeit, in der das Krankenhaus weitaus stärker als etwa der ambulante oder Arzneimittelbereich als der wesentliche Verursacher der „Kostenexplosion“ wahrgenommen wird;
- Notwendigkeit zur Entwicklung und Umsetzung von Personalführungs- und Motivationskonzepten u.a. im Gefolge erhöhter Arbeitsanforderungen und Belastungen;
- verstärktes Interesse (u.a. der Krankenkassen) zur Durchführung von Maßnahmen und Modellversuchen zur Qualitätssicherung und -kontrolle;
- erhöhte organisatorische Anforderungen zur Umsetzung der neuen Behandlungsformen (ambulant Operieren, vor- und nachstationäre Versorgung) bei simultan erheblicher Konkurrenz zu niedergelassenen Ärzten und zukünftig - z.B. durch Praxiskliniken - vermutlich noch schlechteren Ausgangsbedingungen;
- Notwendigkeit des Aufbaus patienten-orientierter und institutionsübergreifender Versorgungskonzepte (CASE-Management).

Wie die Krankenhäuser mit diesen Anforderungen und normativen Vorgaben aus unterschiedlichen Sektoren (Politik, GKV, mediale Öffentlichkeit, Patienten) umgehen, welche Konzepte sie entwickeln, um den Erwartungen an eine Modernisierung des Krankenhauses im Sinne gleichbleibender oder sogar verbesserter Versorgungsqualität bei konstanten oder sogar reduzierten Ausgaben gerecht zu werden, ist eine Frage, die im Mittelpunkt des Untersuchungsvorhabens steht.

In der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Öffentlichkeit wurden zuletzt zwei kontroverse Modelle als mögliche Entwicklungspfade für die Zukunft des Krankenhauses vermehrt diskutiert: das „schlanke Hospital“ als funktional reduziertes Zentrum für High-Tech-Diagnostik und -Therapie einerseits und das Krankenhaus als „kommunales Gesundheitszentrum“ andererseits mit rings herum angelagerten und vernetzten Hospizen, Tageskliniken, Laboren, geriatrischen Heimen, ambulant tätigen Pflege- und Versorgungsdiensten usw.

Es ist jedoch hervorzuheben, daß damit extreme Pole und Schwarz-Weiß-Bilder benannt sind, die die komplexe Vielfalt und konkrete Unterschiedlichkeit der Konzepte, Strategien und Maßnahmen einzelnen Krankenhäuser nur unzureichend und undifferenziert kennzeichnen. Eben um eine Bestandsaufnahme dieser „Grautöne“ von Modernisierungsvorstellungen und Entwicklungsperspektiven, aber auch der dabei wahrgenommenen Probleme und Barrieren

(im Rahmen gesetzlicher Vorgaben, Vertragsverhandlungen, Koordinations- und Kooperations-schwierigkeiten mit anderen Bereichen der medizinischen Versorgung) geht es im Projekt.

Die Situation in Thüringen und in allen neuen Ländern weist eine Reihe zusätzlicher Strukturmerkmale auf, wobei vorab kaum einschätzbar ist, inwieweit diese besonderen institutionellen Voraussetzungen und historischen Erfahrungen die Wahrnehmung und Verarbeitung der gegenwärtigen Veränderungsanforderungen positiv oder negativ beeinflussen. Als solche Bedingungen sind etwa zu benennen:

- das „Negativerbe“ der DDR-Zeit mit einer vergleichsweise sehr ungünstigen baulichen Substanz und architektonischen Infrastruktur (kleine Häuser, dezentrale Anordnung, „Pavillonsystem“) und auch in hohem Maße die unzulänglichen sanitären Einrichtungen, Heizungsanlagen, Küchenausstattungen und Transportsysteme;
- hinsichtlich der medizintechnischen und apparativen Ausstattung große Rückstände im Vergleich zum Standard westdeutscher Kliniken;
- nicht unerhebliche finanzielle Mittel des Bundes in Höhe von 700 Millionen DM jährlich im Rahmen des Krankenhaus-Investitions-Sonderprogrammes für die neuen Länder;
- die Erfahrung eines früher weitgehend integrierten medizinischen Versorgungssystems (Polikliniken, Ambulanzen, Dispensärsystem, Verzahnung von ambulantem und stationärem, akutem und rehabilitativem Bereich),
- das jedoch nahezu vollständig und mit nur wenigen Ausnahmegenehmigungen aufgelöst wurde und nun im Gefolge der GSG-Regelungen graduell wieder neu aufzubauen ist
- sowie schließlich auf seiten der Entscheidungsträger und politischen Akteure noch sehr wenig umfassende und tradierte Erfahrungen hinsichtlich der Interessenwahrnehmung und politischen Begründung von Vorhaben. Dies umschreibt auch ein nach unserer Einschätzung notwendigerweise noch wenig entfaltetes Bewußtsein der Konflikte (erstens) zwischen den gesundheitspolitischen Institutionen Land - GKV - Kliniken, (zweitens) zwischen ambulantem, stationärem und rehabilitativem Bereich und (drittens) den einzelnen Kliniken einer Region und den unterschiedlichen (kommunalen, frei-gemeinnützigen und privaten) Trägern.

Als allgemeine Fragestellung für unsere Studie sollten daher die Sichtweisen der verschiedenen Akteursgruppen zu einer Reihe von Themen erhoben werden, insbesondere: Probleme und Veränderungsperspektiven thüringischer Krankenhäuser aus Sicht von Krankenhausleitungen und Personalvertretungen sowie von verschiedenen Akteuren im Bereich der Gesundheits- bzw. Krankenhauspolitik. Dies umfaßt Fragen nach (a) den vordringlichen Problemen und dem wahrgenommenen Handlungsbedarf der Krankenhäuser in der aktuellen Situation, (b) aus ihrer Sicht anzustrebende Veränderungen und Zielsetzungen, (c) dazu benannte Lösungsansätze und (d) dazu erforderliche interne und externe Ressourcen.

Empirisch wurden dazu

- verfügbare statistische Materialien, Gesetzestexte, Landeskrankenhauspläne etc. ausgewertet;
- Verbandszeitschriften, Forschungsberichte und Expertisen, Dokumentationen von Modellprojekten im stationären Sektor etc. gesichtet;

- Interviews von durchschnittlich 90 Minuten Länge (Interviewleitfaden ist im Anhang wiedergegeben) in drei Krankenhäusern im Land Thüringen (beschränkt auf öffentliche Träger) durchgeführt, und zwar mit Vertretern der ärztlichen-, Verwaltungs- und Pflegedienst-Leitung sowie (teilweise) einem Vertreter des Personalrats;
- ergänzend dazu sieben Interviews in Institutionen im sozialpolitischen Umfeld realisiert: Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, Entscheidungsträger von Krankenkassen und Krankenkassenverbänden, Thüringer Krankenhausgesellschaft.

Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgte auf der Grundlage des 2. Landes-Krankenhausplans von 1994, bei dem das Land in vier Versorgungsregionen gegliedert ist: Ost-, Süd-, Mittel- und Nordthüringen. Die Differenzierung der Krankenhäuser erfolgt nach vier Versorgungsstufen (nach Größe und Leistungsspektrum), wobei Stufe I die kleinsten Krankenhäuser mit dem geringsten Leistungsspektrum und Stufe IV einzig die Universitätskliniken Jena und das Großklinikum Erfurt umfaßt.

Nach umfassender Diskussion haben wir uns dazu entschlossen, nur Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft in die Untersuchung einzubeziehen. Ein erster Grund dafür war die Zielsetzung der Studie, in der ganz wesentlich die Probleme und die Innovationsfähigkeit von Krankenhäusern dieser Trägerschaft im Mittelpunkt stehen sollte. Ein zweiter Grund resultiert aus der quantitativen Relevanz: 63 % der Krankenhaus-Träger gehören in diese Gruppe und 80 % der Betten finden sich in Krankenhäusern öffentlicher Träger.

Die ausgewählten Kliniken sollten typische Größenklassen repräsentieren. Am häufigsten aufzufinden sind im Land Thüringen Häuser zwischen 200 und 400 Betten. Deshalb entschlossen wir uns, von den drei vorgesehenen Untersuchungshäusern zwei auszuwählen, die dieser Größenklasse zuzurechnen sind und ein Haus aus der Gruppe der „Großkliniken“.

Leider haben von den ursprünglich ausgewählten 3 Krankenhäusern nach längeren Verhandlungsprozessen zwei ihre Teilnahme an der Studie abgelehnt. Als Gründe dafür wurden personelle Wechsel auf der Leitungsebene und auch ein Rechtsformwechsel benannt. Darüber hinaus wurde auch eine Unsicherheit artikuliert, ob es opportun sei, in der gegenwärtigen Konkurrenzsituation Einschätzungen der Lage und der Perspektiven des eigenen Hauses Dritten gegenüber auszusprechen, obwohl Anonymität selbstverständlich zugesichert worden war.

Es ist uns gleichwohl gelungen - nach Anschreiben weiterer Häuser - die ursprünglichen Auswahlkriterien beizubehalten. In die Untersuchung einbezogen wurden dann letztendlich zwei Kliniken der Versorgungsstufe II mit jeweils etwa 200 Betten, eine Klinik der Versorgungsstufe III mit über 1.000 Betten. Ergänzend dazu wurde mit dem Verwaltungsleiter eines weiteren Krankenhauses der Versorgungsstufe II ein Gespräch geführt. Die Häuser liegen in Ost-, Nord- und Mittelthüringen.

2. Kurzfassung des Berichts

Basis der Erhebungen sind neben statistischen Materialien und Verbandsdokumentationen insbesondere 16 Interviews, die in drei Kliniken mit Vertretern der ärztlichen, Pflegedienst- und Verwaltungs-Leitung sowie mit Repräsentanten aus dem gesundheitspolitischen Umfeld (Land Thüringen, GKV, Krankenhausgesellschaft) durchgeführt wurden. Zentrale Fragestellung dieser im Durchschnitt 90minütigen Interviews waren zentrale Probleme und Veränderungsperspektiven aus der Sicht der Entscheidungsträger, so wie sie sich unter den gegenwärtigen Bedingungen des GSG und der Budgetierung darstellen. Daneben spielte aber auch der gesundheitspolitische Erfahrungshintergrund der DDR-Zeit und der Wende eine Rolle und die Prognosen bzw. Pläne zur zukünftigen Funktion des Krankenhauses.

Die Wahrnehmung der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Veränderungen ist hochgradig ambivalent: Nahezu ausnahmslos und von allen Akteursgruppen ebenso beklagt wie scharf kritisiert wird die Destruktion eines integrierten, für den Patienten effektiven Systems gesundheitlicher Versorgung durch Auflösung von Polikliniken und Ambulanzen, Trennung von Akut- und Reha-Bereich, von medizinischer Behandlung und pflegerischer Nachsorge und die heute um so schwieriger zu realisierenden Postulate zur Reintegration und Verzahnung der nunmehr massiv konkurrierenden Leistungsanbieter.

Sehr positiv wahrgenommen wird, daß der Prozeß medizintechnischen Fortschritts nun auch in den Krankenhäusern der DDR nachgeholt wird, und zwar in ganz forciertem Ausmaß. Von vielen wird die medizintechnische Situation in Thüringer Krankenhäusern so eingestuft, daß sie derzeit sogar den Bedingungen in den alten Bundesländern zumindest teilweise überlegen und zeitlich voraus ist. Andererseits wiederum sind die unter baulichen und gebäudetechnischen Kriterien katastrophalen Voraussetzungen als Erbe der DDR-Zeit erst graduell kompensiert und bilden teilweise noch massive Barrieren gegenüber einer Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und einer erfolgreichen Rationalisierung der Arbeitsabläufe und Organisationsformen.

Zentraler empirischer Hinweis für die gegenwärtig als extrem konfliktorisch wahrgenommene Situation von Kommunikations- und Aushandlungsprozessen zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren ist die hohe Zahl von derzeit 70 Verwaltungsgerichtsklagen, in denen insbesondere (aber nicht nur) die Höhe von Pflegesätzen strittig ist und auch in Schiedsstellenverfahren nicht geregelt werden konnte. Das Land Thüringen liegt in dieser Hinsicht bundesweit ganz vorne. Über die Ursachen dieser Entwicklung lassen sich nur Hypothesen formulieren. Von unseren Gesprächspartnern wird zwar die Uneindeutigkeit der gesetzlichen Vorgaben als mitursächlich angeführt, diese Erklärung bleibt allerdings vordergründig, denn dies müßte dann in allen Bundesländern zu einer entsprechenden Konfliktzuspitzung geführt haben. Auch die sogenannte „radikale“ Position der Landeskrankenhaus-Gesellschaft, die den Kliniken als Verhandlungsposition eine Untergrenze für Pflegesätze benannt hat, ist aus unserer Sicht eher eine (eskalierende) Randbedingung denn maßgebliche Ursache.

Es ist jedoch möglich, daß die vom Land Thüringen praktizierte Kürzung von Krankenhaus-Fördermitteln bzw. die Zusammenlegung von Mitteln nach § 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und Artikel 14 Gesundheitsstrukturgesetzes (zusätzliche Förderung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Ländern 1995 - 2004, jährlich 700 Millionen DM) zu einer derart zugespitzten Mittelknappheit geführt haben, daß es Kassen wie Krankenhäusern unmöglich erschien, am Verhandlungstisch einen Kompromiß zu erzielen.

Absehbar und unter ökonomischen Kriterien durchaus notwendig erscheint Krankenkassen wie Krankenhäusern eine weitere Reduzierung der Bettenzahl, ebenso eine Schließung einzelner Häuser aufgrund regionaler Überkapazitäten oder auch problematischer wirtschaftlicher Voraussetzungen insbesondere kleinerer Häuser und ausgelagerter Abteilungen. Als unzureichend, intransparent und taktiererisch-hinhaltend wird jedoch vielfach kritisiert, daß diese Perspektiven oder auch nur Vorschläge und Planungen des Landes im Dunkeln bleiben. Vermutet wird teilweise sogar, daß es Strategien gibt, durch eine Verzögerung von Antrags- und Bewilligungsverfahren für Investitionen einzelner Krankenhäuser „vollendete Tatsachen“ zu schaffen, ohne dafür jedoch politisch und in der Öffentlichkeit haften zu müssen.

Die hier behandelten Fragestellungen haben einen ganz wesentlichen empirischen Befund erbracht, der sowohl in analytischer Perspektive die derzeit und zukünftig zu beobachtenden Veränderungs- und Modernisierungsprozesse in der Krankenhauslandschaft zu erklären vermag als auch darüber hinaus möglicherweise in politischer und gewerkschaftspolitischer Dimension von zentraler Bedeutung ist. Von nahezu allen Gesprächspartnern wird die Notwendigkeit einer zukünftig weitaus stärkeren Kooperation der Krankenhäuser untereinander als auch mit anderen Institutionen (nachstationäre Pflege, ambulante Versorgung) hervorgehoben.

Dies ist einerseits erklärbar vor dem Hintergrund der früheren DDR-Erfahrungen, in denen trotz scharfer Kritik an anderen Aspekten der Integrationsgrad einzelner Einrichtungen als ausgesprochen positiv erinnert wird: für die ärztliche Rollenausfüllung und ebenso für den Patienten und den therapeutischen Erfolg. Darüber hinaus wird andererseits jedoch Kooperation als eine zentrale, teilweise als einzige dem Krankenhaus noch verbleibende Wirtschaftlichkeitsreserve bei fortbestehenden Ökonomisierungs- und Rationalisierungszwängen erkannt. Kooperation bedeutet dann sowohl Zusammenschluß von Krankenhäusern im Bereich des Einkaufs und der Inanspruchnahme von Dienstleistungen zur Verbesserung der Marktposition als auch eine Verbesserung der Arbeitsteilung und Spezialisierung im Hinblick auf das jeweilige Leistungsspektrum.

So unabweisbar und naheliegend fast durchgängig diese Veränderungsperspektive benannt wird, so schwierig und problematisch erscheint gleichzeitig deren Umsetzung. Jenseits von Macht- und Statusmotiven wirken aber auch andere Faktoren. Die allgemein zugespitzte und konkurrenzverschärfende Konfliktsituation sowie die Intransparenz der Krankenhausplanung erzeugen ein politisches Klima der Übervorsicht. Die Bereitschaft, Individualinteressen (eines Krankenhauses) zugunsten allgemeinerer ökonomischer, sozialer und gesundheitlicher Interessen in der Region aufzugeben, erscheinen als erhebliches Risiko. Man befürchtet, was die generelle Sicherung des Krankenhausfortbestandes als auch die eigene Bestandssicherung betrifft, mit dieser Strategie ins Hintertreffen zu geraten. Da die Schließung oder zumindest Kapazitätseingrenzung einer Reihe von Krankenhäusern absehbar ist, erscheinen Kompromißbereitschaft und Gesprächsangebote an andere Mitbewerber als politisch inopportunes Signal, als wenn man damit von vornherein Defizite in einzelnen Krankenhausbereichen zugestehen und „die Segel streichen“ würde. So erscheint dann die Lösung zunächst recht naheliegend, daß alle Krankenhäuser einer Region gemeinsam in eine GmbH-Trägerschaft gehen, so daß durch einen Mechanismus der Rechtskonstruktion Partialinteressen überwunden werden können - wobei natürlich die Problematik der höchst heterogenen Trägerschaften und damit verbundener überregionaler Interessenkonflikte außer acht gelassen wird.

In Anbetracht der vermutlich auch zukünftig nicht unerheblichen Barrieren und Hemmnisse zur Zusammenarbeit wären detailliertere Informationen über bereits praktizierte und erfolgreiche Modelle der Kooperation von Kliniken aus anderen Regionen und Bundesländern gesundheitspolitisch wünschenswert und zweifellos auch von großem Interesse bei Häusern mit bislang völlig fehlender Praxis und geringem Know-how.

Bei einem Personalkostenanteil von 70 Prozent und eines auch zukünftigen Aufgabenprofils, bei dem Veränderungen im Technikeinsatz und in der Arbeitsorganisation persönliche Zuwendungen und Dienstleistungen kaum substituieren können, fällt es der Mehrzahl der Entscheidungsträger schwer, neben geringfügigen Modifikationen solche Verbesserungen zu benennen, die in nennenswertem Umfang noch Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen könnten. Gleichwohl gibt es eine Reihe von Maßnahmen und Strategien, die als zumindest gangbare Rationalisierungsstrategien (wenn auch mit begrenzten Einspareffekten) benannt werden: Verbesserung des innerbetrieblichen Leistungs- und Ausgaben-Controlling, Modifikationen im Leistungsspektrum, Verbesserungen der Ablauforganisation, bessere zeitliche Ausnutzung kapitalintensiver Bereiche wie OP oder diagnostische Funktionsabteilungen.

Die Verbesserung der Kooperation und Veränderungen in der Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern einer Region erscheinen demgegenüber allerdings als deutlich effizientere Konzepte - auch wenn für deren Umsetzung anderweitig massive Barrieren erkannt werden. Die noch bis vor kurzem allenthalben als Königsweg von Kosteneinsparungen wahrgenommene Maßnahme des outsourcing, der Privatisierung von „Hotelfunktionen“ (Küche, Transport, Reinigung, Wäsche, Wachdienst etc.) wird inzwischen in vielen Krankenhäusern als problematisch wahrgenommen, teils aus Kostengründen (zumindest längerfristige ungünstige Vertragsbedingungen und wenn überhaupt, so nur geringfügige Einspareffekte), teilweise aufgrund von Friktionen mit anderen Arbeitsbereichen und Qualitätssicherungskriterien im Krankenhaus, ohne daß nun Möglichkeiten der Abhilfe bestehen, da mit der Externalisierung auch Entscheidungskompetenzen aufgegeben worden sind.

Insgesamt wird im Kontext möglicher und sinnvoller Rationalisierungsvorhaben im Krankenhaus das Dilemma deutlich, das aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen zur Budgetierung herrscht. Eine sehr konsequente Konzeption der Kostensenkung und Rationalisierung hätte für Krankenhäuser tendenziell problematische Effekte im nächsten Jahr zur Folge: aufgrund der (nur geringfügig modifizierten) Fortschreibung der bisherigen Einkünfte würden erzielte Einsparungen noch nicht einmal anteilig den Kliniken gutgeschrieben werden. Rationalisierung ist unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser nur lohnend als eine reaktive Strategie der begrenzten und behutsamen Anpassung von Krankenhausleistungen an die jeweils ausgehandelten Budgets.

Auch von seiten der GKV wird die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Kliniken (gemeinsame Nutzung von Einrichtungen, gemeinsame Einkaufsmodelle u.ä.) als *der* zentrale Weg zur zukünftigen Gewährleistung von Einsparmaßnahmen beschrieben. Darüber wird auch das in Ansätzen bereits jetzt erprobte „CASE-Management“ als ein Modell gesehen, das durch Abbau von Bürokratie und Kommunikationshindernissen in spezifischen Fällen geeignet ist, kostengünstigere und zugleich für GKV, Klinik und Patienten befriedigendere Problemlösungen sicherzustellen.

Ein für uns recht überraschendes Ergebnis war, daß in einem Krankenhaus eine durchaus nachhaltige Verbesserung der wirtschaftlichen Lage perspektivisch wahrgenommen wird in einer Diversifikation und Ausweitung des Krankenhaus-Funktionsspektrums. Die Bereiche Rehabilitation, nachstationäre Pflege (ambulant und stationär), Hotelbetrieb „am Krankenhaus“, Erschließung externer Abnehmer für Leistungen der Krankenhausküche u.a.m. sind dort Vorhaben bzw. Interessenbereiche, von deren zukünftiger Wahrnehmung man sich auch ökonomisch einiges verspricht.

Diese Perspektive weist recht deutlich auf eine Funktionsbestimmung des Krankenhauses als „kommunales Gesundheitszentrum“ hin, eine Perspektive, die bislang oftmals als akademische und realitätsfremde Fiktion belächelt wurde. Auch die Mehrzahl unserer Interviewpartner neigte insbesondere unter Verweis auf a) fehlende ökonomische Ressourcen und b) Erfahrungs- und Qualifikationsdefizite im Bereich des Management und Kostencontrolling dazu, das Krankenhaus der Zukunft eher als „High-Tech-Zentrum“ mit noch erheblich verkürzter Verweildauer und einem im Vergleich zu heute noch weiter reduzierten Funktionsprofil zu sehen. Tatsächlich mag dies auch für die Mehrzahl der Krankenhäuser die realistischere Perspektive sein. Das obige Beispiel macht jedoch auch deutlich, daß es unter bestimmten Voraussetzungen für einzelne Krankenhäuser durchaus Alternativen geben könnte.

3. Das stationäre medizinische Versorgungssystem in Thüringen von der DDR-Zeit bis heute - ein Abriß der historischen Entwicklung

Die Besonderheiten im System der stationären Versorgung ergaben sich aus dem umfassenden Anspruch, das System der medizinischen Versorgung und gesundheitlichen Betreuung als staatlich gelenkte Aufgabe zu betreiben, in die alle Institutionen mit einbezogen wurden. Bereits in der Trägerschaft der Krankenhäuser drückt sich dieser Anspruch aus: fast alle Einrichtungen des Gesundheitswesens waren gesellschaftliches Eigentum und staatlichen Instanzen unterstellt. Leinz (1994) spricht von einem „Grundsatz der Einheitlichkeit“ (S. 32), das die Versorgungseinrichtungen prägte. Die einheitliche Erfüllung der zentral festgelegten gesundheitspolitischen Aufgaben galt für alle Gesundheitseinrichtungen und konnte aus Sicht des Staates nur dann bewältigt werden, wenn möglichst viele Einrichtungen seinen Vorgaben und Planungen folgten - in der Konsequenz ihm unterstellt waren. Dieses Prinzip führte zu einer Verzahnung der verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen und zu vielfältigen Überschneidungen von Aufgaben. Angestellte Ärzte in Krankenhäusern hatten sowohl ambulant als auch stationär tätig zu sein, medizinische Einrichtungen in Betrieben waren auch für die Betreuung der Bevölkerung mit zuständig, in die Dispensairebetreuung wurden alle Einrichtungen mit einbezogen, pflegerische Betreuung fand in hohem Maß in den Krankenhäusern statt, Mitarbeit bei Prävention und Prophylaxe war obligatorisch usw.

Als Teilsystem war die stationäre Betreuung ähnlich organisiert wie in der alten Bundesrepublik. Die Krankenhäuser waren gegliedert nach Versorgungsstufen:

- Gruppe A umfaßt die Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung mit ein bis drei medizinischen Fachgebieten, in der Regel Innere Medizin und Chirurgie.
- Gruppe B umfaßt die medizinische Versorgung auf mindestens vier Fachgebieten, in der Regel Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe. Darüber hinaus konnten diesen Krankenhäusern noch von den Räten der Bezirke Aufgaben der spezialisierten Betreuung übertragen werden.
- Die Bezirkskrankenhäuser (Gruppe C) erfüllten spezialisiertere Aufgaben und verfügten über ein breites medizinisches Spektrum.
- Die oberste Versorgungsstufe (Gruppe D) bildeten die Universitätskliniken, medizinische Zentren und Forschungsinstitute, die direkt dem Ministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen unterstellt waren.
- Die Fachkrankenhäuser der Gruppe E waren übergreifende Versorgungsinstitutionen auf den Gebieten von Psychiatrie, Orthopädie, Lungenkrankheiten, Tuberkulosebehandlung, Rehabilitation u.a.

„Im Jahre 1989 standen nach der amtlichen Statistik der DDR 539 Krankenhäuser für die stationäre Krankenversorgung zur Verfügung. In dieser Zahl enthalten waren die 126 Einzelkliniken in den 9 Universitäten bzw. Hochschuleinrichtungen. Gegliedert nach der Unterstellungsart ergab sich, (...) daß 85,7 % (462) in staatlicher, 13,9 % (75) in konfessioneller und nur 0,4 % (2) in privater Hand waren.“ (Leinz 1994, S. 52)

Tabelle 1: Verteilung der Krankenhäuser und Betten auf die Krankenhausarten in der DDR, 1989

Gruppe/Art	Krankenhäuser		Krankenhausbetten	
	absolut	in %	absolut	in %
A Orts- und Stadtkrankenhäuser	120	22,3	15.192	9,3
B Kreiskrankenhäuser	132	24,5	42.694	26,1
B Kreiskrankenhäuser mit erweiterter Aufgabenstellung	39	7,2	19.606	12,0
C Bezirkskrankenhäuser	32	5,9	36.880	22,6
D zentral geleitete Einrichtungen und Hochschulkliniken	134	24,9	18.800	11,5
E Fachkrankenhäuser	82	15,2	30.133	18,5
INSGESAMT	539	100,0	163.305	100,0

Quelle: Bardele/Wolf, Leinz 1994, S. 52

Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgte über den Staatshaushalt, sie war integriert in die gesamtstaatliche und volkswirtschaftliche Planung und wurde im Planungs- und Lenkungsapparat einbezogen. Damit verbunden war ein hoher administrativer Aufwand bei der Verteilung der (knappen) medizinischen Güter, Ausrüstungsmaterialien und Verbrauchsgegenstände und der Einsatz erheblicher personeller Ressourcen „... um die oberen Behörden über die Erreichung der gesundheitspolitischen Ziele und medizinische Erfordernisse zu informieren und Abweichungen zu begründen.“ (Leinz 1994, S. 48). Finanziert wurden die Krankenhäuser über staatlich festgesetzte Budgets, die vom Ministerium auf die Bezirke und von diesen auf die Kreise umgelegt wurden. Diese monistische Finanzierungsmethode hatte den Vorteil, daß man es nur mit einem Partner zu tun hatte, aber auch erhebliche Nachteile: es bestand kein Zusammenhang zwischen erbrachten Leistungen und Finanzierung, es gab keinen Anreiz für wirtschaftliches Arbeiten, eine flexible Handhabung von Kostenstellen war nicht möglich. Die schwierige Abstimmung der jährlichen Haushalts- und Leistungspläne eines Krankenhauses mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Institutionen und eine starre, überdetaillierte Planfestschreibung unter Bedingungen mangelnder Finanzausstattung führte dazu, daß dieser Plan oft mißachtet wurde - und damit Reibungen mit den Planungsbehörden vorprogrammiert waren.

a) Kennzahlen im stationären Bereich

Die Auslastung der 163.305 Planbetten betrug 1989 in der DDR 74,6 %, d.h., rund ein Viertel der Krankenhausbetten waren im Jahresdurchschnitt nicht belegt (BRD: 85,2 %).

Trotz eines Abbaus von Krankenhausbetten um 14,1 % (1970: 190.025 Betten; 1989: 163.305 Betten) kam es zu dieser niedrigen Auslastungsquote, die einerseits der Senkung der Verweildauer von 23,3 Tage im Jahr 1970 auf 17,3 Tage im Jahr 1989 geschuldet ist (BRD im Jahr 1989: 16,2 Tage), andererseits aber auch aufgrund des baulichen Zustands der Krankenhäuser zu erklären ist. „Aufgrund dringender Renovierungs- und Umbauarbeiten sowie durch Personalmangel kam es zu erheblichen Bettensperrungen, die ebenfalls nicht aus der Berechnung der Bettenauslastung herausgerechnet wurde. 1989 sind insgesamt 3,35 Mio. Sperrtage registriert worden, das entspricht 5,6 % aller Krankenhausbetten.“ (Leinz S. 57). Diese Situation

ist nicht erst in der Wendezeit 1989 aufgekommen; 1989 war zwar die niedrigste Bettenauslastungsquote festzustellen, sie bewegte sich jedoch seit 1975 immer zwischen dem höchsten Wert von 77,3 % im Jahr 1985 und dem niedrigsten Wert von 74,6 % im Jahr 1989.¹ Die Anzahl der Behandlungsfälle ist in der DDR seit 1970 um 9,8 % angestiegen (BRD: 28 %). Die Krankenhaushäufigkeit lag 1989 in der DDR (146,4 pro 1.000 Einwohner) erheblich niedriger als in der BRD (214,3 pro 1.000 Einwohner) - sicherlich ein Einfluß der poliklinischen Versorgung.

Die Personalausstattung in den stationären Einrichtungen war ausreichend, wenn die reinen Zahlen betrachtet werden. Pro 10.000 stationär behandelte Patienten gab es 1988 in der DDR durchschnittlich 708 Beschäftigte (BRD: 653 Beschäftigte). Bedingt durch technische und bauliche Infrastruktur ist jedoch anzunehmen, daß die auf Patienten bezogene Arbeitszeit sehr viel geringer war als in der BRD: im Wirtschaftsbereich wurde sehr viel Personal vorgehalten, der medizinisch-technische Bereich (z.B. Labor) war äußerst gering automatisiert, die Pflegekräfte mußten aufgrund fehlender Infrastruktur und zentralisierter Unterstützungsdienste viele pflegefremde Tätigkeiten verrichten: Reinigung und Desinfektion, Speisenausgabe, Patiententransporte, Hol- und Bringendienste u.a.m. (vgl. Henning/Kaluza 1995, S. 122 ff.).

Außerdem verursachten die umfangreichen sozialpolitischen Maßnahmen (Freistellung für Erziehungsurlaub, Qualifizierungs- und Bildungsmaßnahmen u.a.) einen relativ hohen Personalausfall (Leinz 1994, S. 59 spricht von einer Fehlzeitenquote von 30 %). Als spezifische Besonderheit im Bereich der stationären Versorgung ist zu erwähnen, daß in den Krankenhäusern sehr viele Pflegefälle behandelt wurden. Auch unsere Interviewpartner erwähnten diese Tatsache häufig im Zusammenhang mit den Umstellungsschwierigkeiten auf die neuen Rahmenbedingungen, da sie keine Versorgungseinrichtungen vorfanden, die diese pflegerisch-betreuenden Aufgaben übernehmen konnten. Leinz spricht davon, daß 25 % aller Patienten im Krankenhaus Pflegefälle waren (und ihr Anteil an den Pflegetagen noch höher) und die Einweisung aufgrund einer sozialen Indikation erfolgte (Leinz 1994, S. 75 f.).

Tabelle 2: Vergleichende Kennzahlen im stationären Bereich

	Auslastung der Krankenhäuser 1989	Verweildauer im Krankenhaus 1989	Krankenhaushäufigkeit pro 1.000 Einwohner 1989	Beschäftigte pro 10.000 behandelte Patienten 1989
BRD	85,2 %	16,2 Tage	214,3	653
DDR	74,6 %	17,3 Tage	146,4	708

Zusammenstellung nach Leinz 1994, S. 52 ff.

¹ Bemerkenswert ist, daß die konfessionellen Häuser, die nur über 7 % aller Betten verfügten, immer schon einen hohen Auslastungsgrad von etwa 85 % aufwiesen. Der Grund liegt einerseits in deren Finanzierungsgrundlage, die im Gegensatz zu den staatlichen Einrichtungen über einen kostendeckenden Pflegesatz pro Krankenhausversorgungstag ausgehandelt wurden (was aber auch zu einer hohen durchschnittlichen Verweildauer von 20,2 Tagen führte). Andererseits spielte sicher auch die bessere materielle Ausstattung eine Rolle, da die konfessionellen Krankenhäuser Unterstützung aus den Bruderkirchen der BRD erhielten und ein besonderes Vertrauensverhältnis, das ihnen als nichtstaatliche Einrichtung seitens der Patienten entgegengebracht wurde. (Zahlen nach Leinz 1994)

b) Die Entwicklung in der stationären Versorgung nach der Wende

Mit dem Inkrafttreten des Einigungsvertrages am 3. Oktober 1990 begann ein umfassender gesellschaftlicher Transformationsprozeß, der auch vor den Strukturen des Gesundheitswesens nicht halt machte. Im Prinzip galt es, die in den alten Bundesländern existierenden Strukturen voll und ganz auf die neuen Bundesländer zu übertragen. Dies bezog sich auf das gesamte Sozialversicherungsrecht, das zum 1.1.1991 in Kraft trat; einige Überleitungsregelungen mit unterschiedlich langer Gültigkeit sollten dabei der besonderen Situation in den neuen Bundesländern Rechnung tragen (z.B. einheitlicher Beitragssatz von 12,8 % für alle Krankenkassen; getrennte Haushaltsführung für Ostdeutschland bei bundesweit tätigen Krankenkassen; gesonderte Beitragsbemessungsgrenze; Abschläge bei Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern; Investitionsprogramme im Rahmen des „Gemeinschaftswerks Aufschwung-Ost“, die auch für Investitionen bei kommunalen Krankenhäusern verwendet wurden; Anschubfinanzierung der Krankenkassen).

Direkte finanzielle Unterstützung erhielt das Gesundheitswesen im Rahmen eines Soforthilfeprogrammes der Bundesregierung zur Beseitigung besonders gravierender Versorgungsmängel in Höhe von 520 Mill. DM, die der Bereitstellung von medizinischem Verbrauchsmaterial, der Lieferung von medizinisch-technischen Geräten, Wirtschaftstechnik, behindertengerechten Fahrzeugen, Versorgung mit Arzneimitteln und Verbesserung des Dialyseangebotes dienen sollte. Weiterhin förderte die Bundesregierung durch ein Qualifizierungsprogramm in Höhe von 5 Mill. DM in den Jahren 1990 bis 1992 die Weiterbildung von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen und 1990/91 wurde durch ein kommunales Kreditprogramm mit dem Schwerpunkt Krankenhäuser, Altenheime und Behinderteneinrichtungen die Aufnahme zinsgünstiger Gelder begünstigt (nach Leinz 1994, S. 82 f., vgl. auch Bundesministerium für Gesundheit o.J.).

Im Bereich der Krankenhäuser gab es eine Sonderregelung, die Höhe der pauschalen Fördermittel je nach Versorgungsstufe des Krankenhauses zwischen 8.000 DM und 15.000 DM pro Bett bis zum Jahr 1994 bundesrechtlich festzulegen. Diese stand im Gegensatz zu den länderspezifisch festgesetzten Pauschalzuweisungen der alten Bundesländer, die deutlich niedriger liegen. „Hierbei sind die Vertragsparteien des Einigungsvertrages offenbar davon ausgegangen, daß angesichts des extremen investiven Nachholbedarfs der Krankenhäuser einerseits und der zu erwartenden begrenzten Haushaltsmittel der ostdeutschen Länder andererseits den Krankenhäusern zumindest ein Rechtsanspruch auf ein Minimum an Ressourcen eingeräumt werden müsse.“ (Wassem 1993, S. 114 f.).²

Eine extreme Umstellung für die Krankenhäuser bedeutete die Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung. Nach heftigen politischen Auseinandersetzungen im Jahr 1990 über den Entwurf der Kassen-Vertragsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit, der neben einer Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte auch bestehende kommunale oder staatliche Gesundheitseinrichtungen einbeziehen wollte und den Entwurf des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der die ambulant tätigen Versorgungseinrichtungen an Krankenhäusern in den Kreis staatlicher Förderberechtigung einbezog, wurde letztendlich doch die Struktur des geltenden Sozialrechts ohne Abstriche auf die neuen Bundesländer übertragen (Manow-Borgwardt 1993).

Allen Optionen zum Trotz setzte sich die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte durch und wurde mangels zukunftsorientierter Alternativen extrem genutzt, auch wenn diese Versorgungsform mit den gesundheitspolitischen Vorstellungen vieler Mediziner nicht über-

² Diese Annahme ist von unseren Interviewpartnern bestätigt worden: viele geringdimensionierte Baumaßnahmen, technische Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen sind mit Hilfe dieser Pauschalzuweisungen finanziert worden.

einstimmte.³ Waren im 4. Quartal 1990 etwa 90 % der ambulant tätigen Ärzte in staatlichen, kommunalen, betrieblichen oder freigemeinnützigen Einrichtungen beschäftigt, waren dort zum Jahresende 1991 30 % und zur Jahresmitte 1992 nur noch 15 % der Ärzte tätig (nach Wassem 1993, S. 123).

Diese Umschichtung führte nicht zu einem nennenswerten Personalmangel im ärztlichen Bereich der Krankenhäuser, wahrscheinlich rekrutierte sich der größte Teil der niedergelassenen Ärzte aus aufgelösten Polikliniken, Betriebsambulanzen usw. Aber mit der Zunahme der Niederlassungen wurden Leistungen, die bisher die Krankenhäuser erbracht und abgerechnet hatten, nunmehr über die niedergelassenen Ärzte ambulant abgerechnet. Da jede einzelne Klinik nicht in der Lage war, vorauszukalkulieren, wieviele (Fach-)Ärzte sich in ihrem Einzugsgebiet mit welcher apparativen Ausstattung niederlassen würden, änderten sich ständig die kalkulatorischen Grundlagen der Krankenhäuser.

Um die medizinische Versorgung sicherstellen zu können, wurden die Kliniken von den Kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt, notwendige Leistungen erbringen zu dürfen; sobald ein niedergelassener Arzt im Einzugsgebiet der Klinik die gleichen Leistungen ambulant erbringen konnte, wurde diese Ermächtigung wieder entzogen. Diese durch strikte Trennung der ambulanten und stationär bedingten strukturellen Schwierigkeiten dauern bis heute an und führen in einigen Kliniken zu ständigen Neukonstruktionen unterschiedlicher Betriebsformen mit dem Ziel, die bisherigen Leistungen weiterhin als Bestandteil der Versorgung des Krankenhauses zu erhalten bzw. an das Krankenhaus anzubinden.

Die Verselbständigung von Röntgen- und Laboreinheiten (in einem Fall sogar eine Notaufnahme als geplanter eigenständiger Betrieb) unter Leitung eines kassenärztlich zugelassenen Arztes, der sich in Räumlichkeiten eines Krankenhauses niederläßt, dort Nutzungsgebühren und Mieten zahlt, aber den größten Teil seiner Leistungen als niedergelassener Arzt für die Patienten des Krankenhauses erbringt, ist keine Seltenheit.

Eine zusätzliche Schwierigkeit war mit der Umsetzung des GSG 1993 für die Krankenhäuser in den neuen Bundesländern zu bewältigen. Nach der schwierigen Anpassung an die neuen juristischen und rechnungstechnischen Vorgaben, der Umstellung der Leitungsform und Organisationsstruktur, der Einführung neuer Behandlungsformen und -strukturen waren die Kliniken jetzt gefordert, mit einem festen gedeckelten Budget zu arbeiten und ihre Kosten- und Leistungsrechnung zu verändern. Dabei waren die Versorgungsstrukturen keineswegs gesichert, der Abbau von Krankenhausbetten nicht beendet, der investive Nachholbedarf nicht bewältigt und eine zukunftsorientierte Krankenhaus- und Versorgungsplanung nicht abgeschlossen.

Gleichzeitig zeigten sich besonders in den Krankenhäusern der neuen Länder die Schwächen des GSG deutlich. Kliniken, die nach der Vereinigung rasch effektive und effiziente Strukturen aufgebaut hatten, blieb nur noch ein knapper Gestaltungsspielraum unter dem gedeckelten Budget, während die Finanzierung der weniger rationell arbeitenden Einrichtungen auf gleichem Niveau gesichert war und weit größere Finanzumschichtungen ermöglichte. Gerade zu

³ Den Prozeß der Erosion der poliklinischen Einrichtungen durch eine Kumulation verschiedener Faktoren gegen dezidiert formulierte gesundheitspolitische Zielvorstellungen der ostdeutschen Ärzte beschreibt Wassem in Abholz 1993.

Beginn des neuen Gesundheitssystems hatten etliche Häuser eine hohe Finanzausstattung gefordert und aufgrund der weitverbreiteten maroden Strukturen⁴ großzügig von den Krankenkassen genehmigt bekommen. Deren Höhe wurde mit dem 1.1.1993 festgeschrieben und Kürzungen seitens der Krankenversicherungen waren nur schwer realisierbar.

Den möglichen Effekt der Budgetierung beschreibt Wasem bereits 1993: „Budgetierungen bewirken tendenziell eine Festschreibung von Versorgungsstrukturen und Verteilmustern, da sich alle Beteiligten an den zum Zeitpunkt der Einführung bestehenden ‘Quoten’ orientieren. ... Umstrukturierungen des gesundheitlichen Versorgungssystems und Budgetierungen schließen sich faktisch aus.“ (S. 134). Die nachträgliche Korrektur dieser Budgets scheint ein Ziel der Krankenkassen in den Verhandlungen mit den Krankenhäusern zu sein.

Einen besonderen Streitpunkt bildete die Finanzierung des investiven Nachholbedarfs der Krankenhäuser. Der Bund stellte im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes den ostdeutschen Ländern eine jährliche Finanzhilfe von 700 Millionen DM bereit, die ostdeutschen Länder sollten ebenfalls Mittel in der gleichen Höhe aufbringen. Die Kostenträger beteiligten sich mit einem Investitionszuschlag von 8 DM je Berechnungstag auf den Pflegesatz an dem Investitionsprogramm. (Artikel 14 des GSG).

Aufgrund der Finanzknappheit der Landeshaushalte beschlossen jedoch die Finanzminister der neuen Länder die bisher im Landeshaushalt zur Verfügung gestellten Mittel für Krankenhausinvestitionen als Bestandteil des sogenannten „Artikel 14-Programm“ auszuweisen und damit die im Gesetz intendierte, über die Investitionsfinanzierung der Bundesländer nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz hinausgehende Förderung zu konterkarieren. Inwieweit dadurch die im Artikel 14 erhofften Wirkungen von Rationalisierungsinvestitionen und zügiger Krankenhausmodernisierung auch per Finanzierung über den privatwirtschaftlichen Kapitalmarkt verzögert wurden und werden, wäre durch eine tiefergehende Analyse zu klären.⁵

c) Stationäre Versorgung in Thüringen

Zum 1. Januar 1993 trat der 1. Krankenhausplan des Landes Thüringen in Kraft, der die bisherige vorläufige Krankenhausförderliste ablöste und zukunftsorientierte Planungen ermöglichen sollte. „Dieser Krankenhausplan ist ein erster Schritt für die Krankenhäuser Thüringens, für sich die Frage des Fortbestehens bzw. der Umstrukturierung im Hinblick auf den tatsächlichen Bedarf und eine realistische Wirtschaftlichkeitsbetrachtung (Betriebsgröße, Abteilungsgröße, Auslastung, Verweildauer etc.) zu stellen.“ (Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit 1992). Ausgehend von einer Bettenziffer von 81,4 pro 10.000 Einwohner orientierte man sich an einem zukünftigen statistischen Bedarf von 79 Betten pro 10.000 Einwohner.

⁴ „Das Durchschnittsalter der Krankenhäuser lag bei rund 62 Jahren ... Fast jedes fünfte Krankenhaus weist so schwere bauliche Schäden auf, daß eine Schließung oder eine umfangreiche Instandsetzung erforderlich ist. Problemfelder sind besonders Dächer, Fassaden, Bauwerk trockenlegung sowie Heizungs-, Sanitär- und Elektroinstallation. Besonders ungünstig ist die Situation in den Service-Bereichen der Krankenhäuser. ... Jede fünfte Heizung in den Krankenhäusern ist im Prinzip verschlissen, jede zweite Küche weist schwere bis schwerste bauliche Schäden auf. Von den 280 Wäschereien des GSW - sie wuschen die Hälfte der im GSW benötigten Wäsche - trifft für 40 % das gleiche zu.“ (Sachverständigenrat 1991, S. 127)

⁵ In der Begründung zur Einfügung des Artikel 14 in das GSG heißt es: „Der zügige Aufbau moderner Krankenhäuser in den neuen Ländern liegt auch im Interesse der Benutzer der Krankenhäuser und ihrer Kostenträger. Neben der Verbesserung der medizinischen Qualität der Krankenhausversorgung sind für sie unter dem Aspekt einer wirtschaftlichen Krankenhausversorgung insbesondere die Vermeidung unwirtschaftlicher Betriebsabläufe sowie Investitionen mit dem Ziel der Rationalisierung von Bedeutung.... Der Finanzierungsbeitrag der Benutzer und ihrer Kostenträger soll auch für die Finanzierung von Darlehenszinsen oder anderen privaten Finanzierungsformen verwendet werden.“

Gleichzeitig plante man den Abbau des Bettenüberhangs im Bereich der Pädiatrie, Innere Medizin, Gynäkologie, Geburtshilfe, Chirurgie und die Aufhebung der Bettendefizite in den Fachrichtungen Neurologie, Neurochirurgie, Urologie. Bereits in der Zeit von 1989 bis 1992 war die Anzahl der Krankenhäuser von 79 auf 65 und die Bettenzahl von 26.495 auf 22.944 reduziert worden. Dem ersten Krankenhausplan mit einer Planbettenzahl von 21.100 folgte die Fortschreibung im zweiten Krankenhausplan, der von 1994 bis 1996 Gültigkeit haben sollte und einer angestrebten Planzahl von 19.200 Betten und einer Bettenziffer von 75,3 Betten pro 10.000 Einwohner entspricht (Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit 1994). Die folgenden Zahlen sind den Berichten des Thüringer Landesamtes für Statistik entnommen.

Tabelle 3: Krankenhäuser in Thüringen

Jahr	Krankenhäuser	Anzahl der Planbetten	Anzahl der aufgestellten Betten	Nutzungsgrad	Verweildauer in Tagen	Pflegedage	Bettenmeßziffer
1992	66	22.416 (a)	21.810	72,7	13,9	5.802.330	85
1993	65	21.482 (a)	20.603	76,3	13,4	5.736.017	81
1994	63	19.915 (a)	19.282	78,8	12,5	5.546.301	77
(a) Krankenhäuser insgesamt inklusive Krankenhäuser mit psychiatrischen und neurologischen Betten und Tageskliniken							

Zusammenstellung aus: Thüringer Landesamt für Statistik 1993, 1994, 1995

Ausgehend von einem angestrebten durchschnittlichen Ausnutzungsgrad von 85 % und einer Bettenmeßziffer von 75,3 Betten pro 10.000 Einwohner deutet sich bereits ein weiterer erheblicher Bettenabbau an, der durch die Vorgaben des GSG noch forciert wird. An dieser Stelle möchten wir unterstreichen, daß eine durchdringende Analyse des vorliegenden Zahlenmaterials noch aussteht.

Es ist festzustellen, daß unterschiedliche Quellen unterschiedliche Daten präsentieren. Einmal ist dies sicher dem unzureichenden Ausbau des „Meldewesens“ zu schulden, zum zweiten den unterschiedlichen Interessenslagen der jeweiligen Autoren und/oder Institutionen und drittens den wahrscheinlich divergierenden Grunddaten. Am Beispiel der Bettenmeßziffer fielen uns diese Unterschiede besonders deutlich auf.

Während das Thüringer Landesamt für Statistik für das Jahr 1993 eine Kennzahl von 81 Betten pro 10.000 Einwohner errechnet, kommt Sollmann (in: Arnold 1993, S. 223) auf 95,7 Betten pro 10.000 Einwohner; eine uns überreichte Zusammenstellung einer Krankenkasse errechnet eine Kennzahl von 83,3. Da diese Kennzahlen häufig Anlaß einer Diskussion über den „tatsächlichen Bedarf“ sind oder einen Bettenabbau rechtfertigen sollen, wird noch einmal deutlich, daß auf der Grundlage der abstrakten Zahlen der tatsächliche Bedarf kaum festgestellt werden kann, sondern erst eine politische und gesellschaftliche Auseinandersetzung über gewollte Versorgungsstrukturen Voraussetzung für eine angemessene Versorgungsplanung ist.

Eine spezifische Besonderheit des Gesundheitswesens der neuen Länder ist die Trägerstruktur. Obwohl der Anteil der freigemeinnützigen und privaten Trägerschaften zugenommen hat, ist der Anteil der öffentlichen Trägerschaften weiterhin sehr viel höher als in den alten Bundesländern. „Während in den alten Bundesländern etwa 15 % der Häuser einen privaten Träger haben und sich der Rest zu etwa gleichen Teilen auf öffentliche und freigemeinnützige Trägerschaft aufteilt, gibt es in den östlichen Ländern 1993 4,9 % private (1991: 1,7 %), 20,2 % freigemeinnützige (1991: 17,8 %) und 74,9 % öffentliche (1991: 80,5 %) Krankenhäuser.“ (Sollmann in Arnold 1993, S. 224). Für das Land Thüringen sind die in der folgenden Tabelle abgebildeten Zahlen aufgeführt.

Etwa 80 % aller Krankenhausbetten werden also unter öffentlicher Trägerschaft geführt, wobei bemerkenswert ist, daß ein Großteil der Krankenhäuser (etwa zwei Drittel) als GmbH oder gGmbH betrieben werden. Es ist anzunehmen, daß mit dieser Rechtsform die Hoffnung verbunden wird, eine eigenständig wirtschaftende Organisationsform etablieren zu können, die nicht dominiert wird von politischen und bürokratischen Vorgaben.

Tabelle 4: Krankenhausgrößen nach Krankenhausträgern

Jahr	gesamt KH Planbetten Gesamt Planbetten je KH	öffentliche KH Planbetten Planbetten je KH	freigemeinnützige KH Planbetten Gesamt Planbetten je KH	private KH- Planbetten Gesamt Planbetten je KH
1989 (a)	79 / 26.495 / 335	60 (k.A.)	18 (k.A.)	1 (k.A.)
1991 (a)	69 / 23.632 / 342	52 (k.A.)	16 (k.A.)	1 (k.A.)
1992 (b)	62 / 20.786 / 335	42 / 17.053 / 406	17 / 2.679 / 157	3 / 1.054 / 351
1993 (b)	60 / 19.724 / 329	42 / 16.808 / 400	14 / 1.962 / 140	4 / 0.953 / 238
1994 (b)	58 / 18.721 / 323	37 / 14.889 / 402	14 / 2.558 / 183	7 / 1.274 / 182
(k.A.) keine Angabe				
(a) keine näheren Angaben über Krankenhaustyp (Sachverständigenrat 1992)				
(b) nur allgemeine Krankenhäuser ohne Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten oder reine Tageskliniken				

eigene Berechnungen aus: Thüringer Landesamt für Statistik 1992/93/94

Ob diese Rechtsformen sich im Krankenhausalltag positiv niederschlagen oder negative Folgen haben - durch ein mögliches Primat der Erwirtschaftung von Überschüssen, der Abkoppelung vom bevölkerungsorientierten Versorgungsauftrag und einer Herauslösung aus politischen Planungsvorgaben - wäre näher zu untersuchen. Die Befürchtung seitens der Gewerkschaften lautet, daß „... sich viele politisch Verantwortliche in den Kreisen dafür [entscheiden], daß sie zwar Mehrheitsanteiler bleiben, die Organisation des Krankenhauses aber an private Betreiber übergeben.“ (ÖTV 1995).

Gleichzeitig sehen die Gewerkschaften eine Tendenz zur Privatisierung von Krankenhäusern, die sich dadurch aus der Sozialverpflichtung - sowohl gegenüber den Beschäftigten als auch gegenüber der medizinischen Versorgung der Bevölkerung - verabschieden und vorwiegend Gewinnmaximierung vor Augen haben. Die objektiven Zahlen über den Anteil der Krankenhäuser und die Zahl der Krankenhausbetten, die unter privater Trägerschaft geführt werden, spricht nicht für diese Tendenz.

Eine Vermutung der Gewerkschaft ist, daß die privaten und freigemeinnützigen Träger besser in der Lage sind, sich in den übergeordneten Verbänden und Planungsgremien Gehör zu verschaffen und ihre spezifischen Positionen zu vertreten. Inwieweit dies dazu führen könnte, daß die im Thüringer Krankenhausgesetz 1994 festgeschriebene öffentliche Versorgungsaufgabe der Krankenhäuser, bei der die Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung zu berücksichtigen sind, und in der die Krankenhäuser dezidiert zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, an Bedeutung verliert, wäre näher zu untersuchen.

d) Personalsituation im pflegerischen Bereich

Es ist bereits angedeutet worden, daß der Begriff „Pflegepersonalnotstand“ zwar nicht zum politischen Wortschatz der DDR gehörte, objektiv die Personalsituation in den stationären Einrichtungen aber diese Bezeichnung rechtfertigte, da der auf die direkte Patientenversorgung bezogene Anteil der Arbeitszeit aufgrund der beschriebenen Infrastruktur geringer war als in den alten Bundesländern. Während der Wendezeit spitzte sich diese Situation noch zu. Zahlreiche Pflegekräfte wanderten in die westlichen Bundesländer ab. „Exakte Zahlen über die in dieser Zeit abgewanderten Krankenschwestern und Pfleger sind möglicherweise nicht mehr erhoben worden. Es kann vorerst nur auf lokale Angaben und Schätzungen zurückgegriffen werden. So haben 1990 in Thüringen von den 13.000 Pflegekräften ca. 15 %, also 2.000 Pflegekräfte, das Land verlassen.“ (Henning/Kaluza 1995, S. 39). Nicht in allen Krankenhäusern war die Situation gleich dramatisch.

Abwanderungen fanden vor allem aus grenznahen Regionen statt, von denen aus westdeutsche Krankenhäuser schnell erreicht werden konnten, und aus Fach- und Funktionsabteilungen wie Intensivpflege- und Operationseinheiten. Innerhalb von zwei Jahren jedoch konnte diese Lücke aufgefüllt werden (vgl. Dietrich 1994, S. 275). Eine Kombination verschiedener Faktoren spielte hier eine Rolle. Es konnten sehr schnell frei werdende Stellen im Bereich der Hilfskräfte und Versorgungsdienste besetzt werden (und damit auch der Anteil pflegefremder Tätigkeiten deutlich reduziert werden), erstmalig kamen Zivildienstleistende im Krankenhaus zum Einsatz, Personal aus Polikliniken und Ambulanzen fand Anstellung in den Häusern und Berufsrückkehrerinnen fragten aufgrund katastrophaler allgemeiner Arbeitsmarktsituationen in anderen Wirtschaftsbereichen um Arbeit nach (siehe: Henning/Kaluza 1995, S. 40 f.).

Inwieweit die Einführung der Pflegepersonalregelung ab dem 1.1.1993 bei der Konsolidierung der Personalzahlen im Pflegebereich eine Rolle gespielt hat, ist aufgrund der vielfältigen Umstrukturierungs- und Umbruchsprozesse nicht auszumachen. Alle Interviewpartner betonten, daß zwar die Erfassung bei der Eingruppierung der Patienten in die verschiedenen Pflegestufen erhebliche Probleme bereitet hat, die sich aus dieser Einstufung ergebenden Kennzahlen für den Pflegebereich jedoch in den Verhandlungen mit den Krankenkassen keine Rolle gespielt haben. Nach ihren Aussagen ist es weder zu nennenswerten Aufstockungen noch zu Personalreduzierungen durch die Einführung der Pflegepersonalregelung gekommen. Die Zahlen des Thüringer Landesamtes für Statistik spiegeln die Entwicklung im Bereich des Pflegepersonals wie folgt wider.

Tabelle 5: Personal in Krankenhäusern in Thüringen

Jahr	Pflegepersonal in Krankenhäusern (ohne Psychiatrie)	Medizinisch-technischer Dienst	Klinisches Hauspersonal, Wirtschaftsdienst, Versorgungsdienst, Technischer Dienst	Auszubildende in der Kranken- und Kinderkrankenpflege
1992	8.512	4.296	4.738	2.498
1993	8.573	4.042	4.323	2.323
1994	8.893	3.892	3.851	2.244

eigene Berechnungen aus: Thüringer Landesamt für Statistik 1992, 1993, 1994

e) Personalsituation im ärztlichen Bereich

Die vorliegenden Zahlen geben keinen Hinweis darauf, daß es im ärztlichen Bereich in den Krankenhäusern einen Personalmangel gab. Auch von unseren Interviewpartnern wird betont, daß zwar teilweise personelle Engpässe bestanden hätten, aber kein Fall bekannt wäre, in dem bspw. Abteilungen aufgrund ärztlichen Personalmangels hätten geschlossen werden müssen.

Tabelle 6: Ärztliches Personal in Krankenhäusern in Thüringen

Jahr	Ärzte insgesamt	davon Assistenzärzte in einer Weiterbildung	zusätzlich Ärzte im Praktikum
1992	2.690	840	390
1993	2.706	941	420
1994	2.827	1.035	447

eigene Berechnungen aus: Thüringer Landesamt für Statistik 1992/93/94

Die Schwierigkeiten, die sich bei der Bewältigung der Transformationsprozesse insbesondere in diesem Bereich ergaben, spiegeln diese Zahlen jedoch in keiner Weise wider. Das ärztliche Personal war von den Umstrukturierungen des Gesundheitswesens in besonderem Maße betroffen. Es mußte sich gleichzeitig auseinandersetzen mit der Veränderung ihres betrieblichen Status, mit einem häufigen Wechsel in der Belegschaft, mit unklaren Zukunftsperspektiven und mit neuen Anforderungen im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsbereich.

- **Erstens** wurde die Dominanz des ärztlichen Bereichs relativiert, da die Leitungsstruktur der Krankenhäuser sich änderte. Bereits im Juni 1990 wurde durch eine „Verordnung über die Besetzung leitender Stellen in Gesundheitseinrichtungen“ die Neubesetzung leitender Stellen (ökonomischer Direktor, ärztlicher Direktor, Leiter des Pflegedienstes) eingeleitet. Die Verquickung dieser Positionen mit politischen Funktionen sollte aufgelöst werden und damit ein Beitrag zur Demokratisierung geleistet werden. Die Neuwahlen für diese Leitungspositionen führte zu einer Reihe von Abberufungen, Neubesetzungen und Kündigungen. Parallel dazu wurde im Vorgriff auf bundesdeutsche Gesetzgebung - die ab Januar 1991 dann zur Geltung kam - in den Krankenhäusern ein gleichberechtigtes Dreiergremium installiert; bis dahin unterstand die verantwortliche Gesamtleitung eines Krankenhauses einem ärztlichen Direktor.

- **Zweitens** kam es durch die Dynamik der Niederlassung von Ärzten und der gleichzeitigen Auflösung poliklinischer Einrichtungen zu ständigen Umschichtungen beim ärztlichen Personal. Vor allem junge Ärzte gingen das Risiko der Niederlassung ein, da sie erwarten konnten, daß sich im Laufe ihres Berufsleben die Kosten für die Erstinvestition bei der Praxiseinrichtung amortisieren würden und Kreditabtragungen problemlos möglich sein würden. Ältere Ärzte konnten dieses nicht ohne weiteres gewährleisten und suchten Anstellung im stationären Bereich oder gingen vorzeitig in den Ruhestand. Ärzte, die sich in - sich auflösenden - Polikliniken in einer Weiterbildung befanden, wurden für die Zeit der Facharztweiterbildung in den stationären Bereich übernommen; die dadurch entstehenden Mehrkosten beim ärztlichen Personal wurden als pflegesatzrelevante Kosten anerkannt, um ihnen den Abschluß der Facharztausbildung zu ermöglichen.
- **Drittens** gab es die Notwendigkeit umfassender Anpassungsfortbildung. Einmal durch die schnelle Einführung und Verbreitung neuer Medizintechnik im diagnostischen und therapeutischen Bereich und zum anderen durch die Berücksichtigung neuer gesetzlicher Vorschriften (z.B. Dokumentationspflichten, Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen). Zum dritten kommt hinzu, daß unter der neuen Gesundheitsgesetzgebung ökonomische Kriterien (Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungsbudgets) in die ärztlichen Entscheidungen einfließen.

Um die Bedeutung dieser Gesamtfaktoren für die Gestaltung konkreter ärztlicher Tätigkeit als auch für die Organisationsform medizinischen Handelns zu erfassen, wären weitergehende Untersuchungen notwendig, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht leistbar sind. Erst tiefergehende qualitative Untersuchungen können zeigen, ob ambivalente Haltungen gegenüber den Auswirkungen der neuen Gesetzgebung auf das Gesundheitswesen, die knapp die Hälfte der Ärzte als negativ bis skeptisch beurteilen (vgl. Wemmer/Korczak 1993, S. 360 ff.) eher auf organisatorische Bedingungen zurückzuführen sind, auf eine vorübergehende Überforderung im Rahmen von Anpassungs- und Umstellungsprozessen oder Ausdruck einer grundsätzlichen Kritik am System der Gesundheitsversorgung sind.

4. Stationäre Versorgung gestern und heute: Wahrnehmungsmuster und Bewertungen der Akteure

Der kurze geschichtliche „Blick zurück“ - von der DDR-Zeit bis heute - ist bei unseren Interviewpartnern ganz überwiegend durchsetzt von Ambivalenzen, von „einerseits-andererseits“-Statements. Es ist keineswegs so, daß die heutigen Bedingungen im Vergleich zur Zeit vor der Vereinigung und Wende nun als eindeutige und überwiegende Verbesserung wahrgenommen werden. Dies gilt sowohl aus der Perspektive der jeweiligen Arbeitsbedingungen und Funktionsausfüllungen (als Arzt, Verwaltungsleiter usw.) wie auch in der ideellen Perspektive einer Gesamtbetrachtung der medizinischen Versorgungsstrukturen aus der Interessenabwägung „des“ Kranken und Patienten.

Dabei ist auch noch einmal in Rechnung zu stellen, daß alle von uns Befragten sicherlich eher zu den Privilegierten und Gewinnern der Vereinigung zu zählen sind, d.h.: in der Bewertung kommen - wenn überhaupt - sowohl nur in geringerem Umfang allgemeinere politische Resentiments oder Vorbehalte gegenüber der (bisweilen so charakterisierten) „Kolonisierung“ der DDR zum Ausdruck. Zu erwähnen bleibt in diesem Kontext ausdrücklich, daß selbst das Urteil jener Befragten, die in den Jahren nach '89 aus den alten Bundesländern freiwillig oder auf betriebliches bzw. staatliches Geheiß hin nach Thüringen gewechselt sind, keineswegs in eine eindeutige Kennzeichnung der Art „Es ist alles besser geworden“ mündet.

Damit ist keine „Verklärung“ des Gestern, keine Verdrängung der Negativ-Facetten in der Krankenhauslandschaft zu Zeiten des DDR-Regimes angesprochen. Diese Negativ-Aspekte werden durchaus erinnert und auch explizit so benannt. Ein häufig angesprochener Aspekt in diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Vernachlässigung der baulichen Substanz der Krankenhausgebäude, eine Hypothek, unter der die Entscheidungsträger und insbesondere die Verwaltungsleiter der Krankenhäuser noch heute massiv leiden. Ähnliche Kritik gilt bestimmten baulichen Infrastrukturen innerhalb der Häuser, Sanitäreinrichtungen, Transportsystemen, Kücheneinrichtungen, Telefonnetzen oder auch Heizungsanlagen. Und damit eng zusammen hängt auch Kritik an der früher wohl nicht selten praktizierten „Umfunktionalisierung“ von Gebäuden, die ganz anderen Zwecken dienten. Erwähnt werden von einigen Befragten mit ironisch-polemischen Unterton „Fabrikantenvillen“, die ohne große gebäudetechnische Renovierungen oder Baumaßnahmen zu Kliniken oder speziellen Klinik-Satelliten-Gebäuden umgewandelt worden sind.

Ein zweiter Kritikpunkt zielt auf die strenge Hierarchie, die seinerzeit zwischen Kliniken mit unterschiedlichem Versorgungsauftrag bestand - zu DDR-Zeiten gab es im Prinzip eine ähnliche Klassifikation wie die Einteilung in Versorgungsstufen in den alten Bundesländern. Diese Stufenleiter der Krankenhäuser hatte drei Ebenen, die nicht nur den jeweiligen Umfang an medizinischer Spezialisierung beschrieben, sondern aus Sicht unserer Interviewpartner auch sehr generelle Privilegien umfaßten, was die Zuteilung an technischen Geräten, Verbrauchsmaterial, Bau- und Renovierungsarbeiten usw. betraf. Universitäts- und Zentralkliniken, auch ausgewählte Krankenhäuser, die Betriebsangehörige spezieller Produktionszweige versorgten, waren auf der Sprossenleiter oben angesiedelt, in der Mitte Bezirkskrankenhäuser und unten die Kreiskrankenhäuser. (Gesondert erwähnt werden noch einmal die kirchlichen Häuser, die aufgrund großzügiger finanzieller Unterstützung aus der alten Bundesrepublik den Universitätskliniken wohl zumindest ebenbürtig waren, in bestimmter medizintechnischer Hinsicht teilweise sogar überlegen.) Für die Kreiskrankenhäuser am unteren Ende der Hierarchie wird kritisch angemerkt: „Die bekamen nichts mehr ab, verteilt wurde von oben nach unten“ oder „Das waren ganz arme Hunde“.

Und ein dritter Kritikpunkt schließlich betrifft die Medizintechnik zu DDR-Zeiten, für die relativ deutlich ein Notstand und eine massive technische Unterlegenheit konstatiert wird. In dieser Hinsicht hat die politische Entwicklung denn auch die deutlichsten und signifikantesten Positivveränderungen gebracht: Für die heutige Situation wird übereinstimmend festgestellt, daß in medizintechnischer Hinsicht im allgemeinen und auch im Hinblick auf die Ausstattung mit Großgeräten im besonderen keinerlei Unterschied mehr zu Kliniken in den alten Bundesländern besteht. Teilweise wird sogar die Ansicht vertreten, daß die Ausstattung in bestimmten Disziplinen und Häusern weiter vorangeschritten und besser ist, da man in Thüringen wie in anderen neuen Bundesländern Geräte der neuesten Generation angeschafft habe, die im Vergleich zur Vorgängergeneration (in westdeutschen Häusern) noch erhebliche diagnostisch-therapeutische und auch bedienungstechnische Verbesserungen aufweisen würden. Auch schon diese zunächst eindeutige und insgesamt klare Positivveränderung der medizintechnischen Ausstattung und der grundsätzlich weiterreichenden ärztlich-therapeutischen Möglichkeiten wird allerdings von einer Reihe von Interviewpartnern mit einigen Relativierungen versehen.

Dies betrifft einerseits den Aspekt ärztlichen Lernens und Sich-Qualifizierens: Der frühere Zwang zur Improvisation, zur Arbeit mit unzureichenden technischen Mitteln war - aus heutiger Sicht - eine Bedingung, die Chancen des ständigen Dazulernens bot, die Phantasie und Kreativität gefördert hat. Es war dies „ein Pfund, mit dem man jetzt noch wuchern kann.“ Und: „Ein Ostchirurg wird mit allen Situationen fertig.“ Auch wenn man diese Aussage nicht überbewerten oder als technikfeindlich einstufen sollte - der interviewte Arzt läßt sich aufgrund anderer Aussagen ganz und gar nicht in diese Kategorie pressen -, deutet sie u.E. zumindest an, daß die Verbesserung der medizinisch-technischen Voraussetzungen im Gefolge der Vereinigung nicht gleichgesetzt wird mit einer radikalen und allumfassenden Verbesserung auch der ärztlich-therapeutischen Möglichkeiten und Bedingungen.

Vielleicht noch stärker deutlich wird dies anhand eines zweiten „Leitmotivs“, einer Feststellung, die mehrere Interviews fast wie ein roter Faden durchzieht. Hervorgehoben wird mehrfach, daß die technischen **Möglichkeiten** im Krankenhaus zwar erheblich größer geworden sind, zugleich aber aufgrund ökonomischer Restriktionen und sogar für den Arzt stets gegenwärtiger Einspargebote die **Kalkulations-Zwänge** gewachsen sind. Es gilt, jeweils zu reflektieren und zu entscheiden, ob diese Möglichkeiten auch im Einzelfall zum Einsatz kommen sollten: „Medizintechnisch ist alles möglich, aber vieles nicht mehr bezahlbar.“ Verwiesen sei dabei weniger auf größere chirurgische Eingriffe, sondern eher auf die Vielzahl der kleineren alltäglichen Zwänge zum Kalkulieren und Abwägen: „Soll ich jenes teure Arzneimittel verabreichen, muß ich jene histologische Analyse noch haben, ist die Verweildauer medizinisch noch gerechtfertigt?“

Die medizintechnische Modernisierung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern ist daher aus Sicht unserer Interviewpartner grundsätzlich ein Fortschritt und positiv zu bewerten, für Ärzte wie Patienten. Als eine Ikone des „goldenen Westens“, Indikator dafür, daß die Segnungen des Fortschritts allein den alten Bundesländern und ihrer Gesellschaftsordnung zu verdanken sind, wird dies indes nicht anerkannt. Es hat überrascht, daß die in den Interviews doch recht neutral und sachlich gestellte Frage nach medizintechnischen Veränderungen durchgängig nicht nur ein Urteil positiver Veränderung hervorgerufen hat, sondern simultan zugleich stets auch eine Abwehr allzu weitreichender Generalisierungen. Der Verweis auf die mit dem technischen Fortschritt Hand in Hand eingeleiteten Einsparzwänge und Kalkulationsgebote ist der eine relativierende Hinweis in diesem Kontext.

Noch deutlicher indes wird die sehr differenzierte und ambivalente Gesamteinstellung der Entscheidungsträger im Krankenhaus gegenüber dem neuen „importierten“ Gesamtsystem der stationären Versorgung, wenn die Rede kommt auf die früheren Gliederungs- und Arbeitsstrukturen, deren Auflösung und die nun im Zusammenhang des GSG formulierten Gebote zur Reintegration und Verzahnung insbesondere des ambulanten und stationären Sektors.

Als persönliches Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster dominiert in dieser Frage das Gefühl des Gefopptseins von politischen Entscheidungsträgern, die ohne hinreichende Kenntnisse gesundheitspolitischer und medizinischer Gegebenheiten und ohne Fähigkeit zur Differenzierung pauschal und durch die Bank auch positive Einrichtungen des DDR-Systems destruiert haben. Dies wird um so schwerwiegender erlebt, als sich in Anbetracht radikal veränderter Interessenlagen inzwischen eine Konkurrenzsituation ergeben hat, deren Überwindung - wenn überhaupt möglich - so jetzt ein Mehrfaches an Anstrengungen, organisatorischem und zeitlichem Aufwand erfordert als nötig gewesen wäre.

Auch in dieser Frage sind unsere Interviewpartner relativ frei von pauschalen und globalisierenden Urteilen. Die Tatsache, daß in den früheren DDR-Kliniken zu einem ganz erheblichen Teil Pflegefälle, Behinderte und andere Gruppen „aufbewahrt“ worden sind (vgl. oben) wird klar benannt und die Ausgliederung des Bereichs pflegerischer Nachsorge und der Betreuung von Behinderten, dauerhaft Schwerstkranken aus dem Akutkrankenhaus etc. als richtig und notwendig eingestuft.

Ebenso scharf wie unumwunden kritisiert wird jedoch die Auflösung von Ambulanzen und Polikliniken, des Dispensärsystems, die Trennung des vordem weitgehend integrierten Bereichs von akuter stationärer Versorgung und Rehabilitation. Auch erscheint heute eine Kooperation und Absprache mit pflegerisch nachsorgenden Institutionen defizitär und unzureichend. Insgesamt wird hier von Entscheidungsträgern aus allen Bereichen - Arzt, Pflege, Verwaltung - durchgängig hervorgehoben, daß sie die starke Verzahnung und Integration der einzelnen behandelnden Institutionen und Personen zu DDR-Zeiten als dem derzeitigen „zergliederten“ System deutlich überlegen empfinden.

Dies wird teilweise und eher am Rande auch begründet mit ökonomischen Argumenten, sehr viel häufiger und extensiver tauchen jedoch Aussagen auf, die a) medizinisch-therapeutische Kriterien, Genesung und Wohl des Patienten akzentuieren, b) die ärztliche Rolle und die Chancen des Arztes zu einer ganzheitlicheren und zeitlich längerfristigeren Ausfüllung seiner Funktion betonen und schließlich c) auch Ansprüche und Erwartungen von Patienten hervorheben, die die veränderten Gegebenheiten als fremd und ungewohnt, dysfunktional und kontraproduktiv erleben. „Gewachsene Patientenbedürfnisse“, „Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zum Kranken“, „fundiertere Kenntnis der Krankheitsvorgeschichte und der medizinischen Eingriffe im Krankenhaus“ - diese Aspekte werden immer wieder genannt. Nur am Rande taucht die in den alten Bundesländern sehr viel gängigere Kategorie der „Qualitätssicherung“ als Begründungsmuster in den Antworten auf, obwohl sie auf nichts anderes zielt.

Diese zum Wohle des Patienten, zur befriedigenderen Ausfüllung der ärztlichen Rolle und zur Senkung von Kosten notwendige stärkere Verzahnung wiederherzustellen, erscheint den allermeisten ungeheuer schwierig, wenn nicht unmöglich. Die gegenwärtige Situation wird erlebt als massive Konkurrenz unterschiedlicher medizinischer Professionen, Institutionen und Interessengruppen (u.a. Krankenhäuser einer Region, Krankenhäuser unterschiedlicher Trägerschaft, Akut- und Reha-Kliniken, Kliniken und niedergelassene Ärzte) untereinander und überdies im Konflikt zur GKV und zum Land Thüringen.

Die Wahrnehmung und Bewertung der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Arena wird von den allermeisten Befragten in der Tat als zerrissen, konfliktorisch, unübersichtlich und gegenüber dem „Gemeinwohl“ bzw. dem Patientenwohl abträglich bewertet. Die in der gesundheitspolitischen Szenerie der alten Bundesländer meist als selbstverständliche Gegebenheit erlebte und nur in besonders drastischen Fällen problematisierte Situation divergenter Interessenlagen, konkurrierender Partialinteressen und teilweise sehr scharf ausgefochtener Verhandlungen und Verfahren zur Kompromißfindung ist für die von uns Befragten noch ein neuer, ungewohnter und zum Teil mit großem Befremden wahrgenommener Sachverhalt.

Erklärbar wird dies vor dem Hintergrund einerseits der geringen bis fehlenden Bedeutung, die ökonomischen Fragen zukam. Der Mangel war „reglementiert“ bzw. es gab klare Verteilungsprinzipien unter Berücksichtigung der o.g. Stufenleiter der Kliniken. Zum zweiten spielt hier zweifellos die früher ungewohnte Situation des Konkurrierens um Patienten eine Rolle, die noch immer ganz erheblich gewöhnungsbedürftig ist. Und zum dritten wird auch darauf hingewiesen, daß die ganz aktuellen Bedingungen atmosphärisch in erheblichem Widerspruch stehen zur (noch relativ wachen und frischen) Erfahrung der Zeit kurz nach der Vereinigung. Damals herrschte „Pionier- und Aufbruchstimmung“, erlebte man eine Phase des „runden Tisches“, in der gemeinsam nach Lösungen gesucht und einander intensiv geholfen wurde. Man erlebte, daß es trotz massiver Schwierigkeiten und Umstellungsprobleme, trotz völlig neuartiger Anforderungen und Aufgaben, trotz unbekannter und radikal veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen in unterschiedlichsten Sektoren möglich war, Lösungen zu finden und auch turmhohe und unüberwindbar erscheinende Probleme zu meistern. Gegenseitige Hilfe und Unterstützung, staatlich ebenso wie informell und über private Kontakte, waren Garant dieser Leistung.

In der gegenwärtigen Situation erkennt man ein Zerbrechen dieses Netzwerks von Unterstützung und Kooperation. Es formieren sich Interessengruppen, die eher gegen- als miteinander agieren. Vorstöße einzelner Gruppierungen in die Öffentlichkeit zur Begründung gesundheitspolitischer Positionen, ein Antichambrieren bei staatlichen Stellen, diese und andere politische Akte des Lobbyismus und einer pointierten Absicherung und Durchsetzung von Interessen werden noch ganz und gar nicht als zum „Alltagsgeschäft“ gehörend wahrgenommen, sondern sehr viel eher - und zwar bei fast allen Beteiligten - als Bruch einer Allianz und Verrat an einer gemeinsamen und verbindenden Aufgabe.

5. Die aktuelle Situation im Feld der Kommunikation, Kooperation und Interessenaushandlung zwischen den zentralen gesundheitspolitischen Akteuren

Die gegenwärtige Situation in der gesundheitspolitischen „Arena“ wird zumindest für den Bereich der stationären medizinischen Versorgung und seiner Finanzierung von allen Gesprächspartnern übereinstimmend als sehr konfliktorisch eingestuft. Inwieweit diese Verhärtung der Fronten und Tendenz zur juristischen Konfliktlösung auch für andere Bereiche (ambulante und zahnärztliche Versorgung, Pflege etc.) gilt, war im Rahmen der Interviews nicht zu klären. Die Charakterisierung der aktuellen Lage variiert dabei in der Terminologie. „Die Fronten sind verhärtet“, „Verhandlungen sind schwierig“, „ein vernünftiges Miteinander ist nicht mehr möglich“ sind einerseits Charakterisierungen mit eher undramatischem Zungenschlag, dem steht auf der anderen Seite jedoch die (wörtliche) Kennzeichnung „Es herrscht Krieg“ gegenüber, die auf eine in ihrer Dramatik und Zuspitzung nicht mehr steigerbare Konfliktsituation verweist.

Als empirischer Beleg für die aktuell zugespitzte Lage wird die Zahl der im Land Thüringen derzeit anhängigen Schiedsstellenverfahren und anschließenden Verwaltungsgerichtsklagen ins Feld geführt. Zum Zeitpunkt unserer Interviews (Frühsommer '96) waren nach Angabe mehrerer Befragter rund 70 laufende Klagen feststellbar, Thüringen war in dieser Hinsicht das „rühmteste“ Bundesland. Die inhaltlichen Konfliktpunkte und Gegenstände dieser Verfahren berühren dabei im wesentlichen die Höhe der Abteilungs- und Basispflegesätze. Perspektivisch deuten sich weitere Auseinandersetzungen an in Fragen der Personalvergütung. Zwar wird auch verwiesen auf einzelne Verfahren, in denen beispielsweise die Frage strittig ist, ob ein Krankenhaus der Grundversorgung eine bestimmte spezialisierte und komplizierte medizinische Leistung überhaupt hätte erbringen dürfen, und ob diese Leistung nun abrechenbar ist. Insgesamt scheinen solche speziellen Konfliktpunkte jedoch eher die Ausnahme zu sein und die grundlegende Frage der Finanzierung der Pflegesätze im Vordergrund zu stehen. Am Rande verwiesen sei in diesem Zusammenhang darauf, daß - von einigen wenigen Krankenhäusern mit relativ hochspezialisiertem Leistungsspektrum abgesehen - der Finanzierungsmodus über Fallpauschalen und Sonderentgelte nicht nur in den von uns untersuchten Häusern, sondern im ganzen Bundesland quantitativ noch recht unbedeutend ist: Von der AOK wird eine Zahl von 20 % Budget-Anteil für Fallpauschalen und Sonderentgelte genannt.

Wir haben uns natürlich darum bemüht, Hintergründe und Ursachen für diese Konfliktsituation in Erfahrung zu bringen, auch durch direkte Nachfragen im Rahmen der Interviews. Dabei ist eine Reihe von Konkretisierungen und Details zu Tage getreten, die allerdings insgesamt nach unserer jetzigen Einschätzung noch keine rundweg befriedigende und unmittelbar plausible Interpretation erlauben. Verwiesen wurde in diesem Zusammenhang auf folgende Aspekte.

(1) Unschärfen und Zweideutigkeiten der gesetzlichen Voraussetzungen: Hingewiesen wird etwa auf „ein schlampig formuliertes Gesundheitsstrukturgesetz“ oder an anderer Stelle darauf, daß der Gesetzgeber trotz der Budgetierung im GSG zugleich völlig uneindeutige und zur Budgetierung widersprüchliche Öffnungsklauseln für die neuen Länder eingeführt habe. Strittig ist in diesem Zusammenhang dann beispielsweise zwischen Kassen und Krankenhäusern, ob für Sachkosten derselbe Steigerungssatz im Budget wie für Personalkosten angesetzt werden könne.

(2) Rolle der Landeskrankenhaus-Gesellschaft: Hingewiesen wird darauf, daß zwar einerseits massive Interessen-Divergenzen zwischen unterschiedlichen Krankenhaus-Trägern bestehen, gleichzeitig sich aber in der Landeskrankenhaus-Gesellschaft nicht eine mittlere, sondern eine extreme Verhandlungsposition durchgesetzt habe. Die LKHG habe den Krankenhäusern in einem Rundschreiben quasi untersagt, Vereinbarungen von Pflegesätzen unterhalb einer bestimmten Marge abzuschließen. Diese radikale Position habe ganz automatisch zur Verhärtung der Fronten mit beigetragen.

(3) Ablehnung von Modellverfahren: Es ist nicht gelungen, sich auf Modellverfahren zu einigen, deren Ausgang dann für ähnliche und gleich gelagerte Fälle verbindlichen Charakter gehabt hätte.

(4) Die gegenwärtige Situation erscheint insbesondere auch vor dem Hintergrund der weitgehend einvernehmlichen Kooperationsformen in der Phase zwischen Vereinigung und Inkrafttreten des GSG besonders zugespitzt: „In der Anfangsphase war das ein vernünftiges Miteinander“. Pflegesatzvereinbarungen wurden in diesem von Finanzzwängen noch weitgehend unbelasteten Zeitraum teilweise im Rahmen der schriftlichen Korrespondenz getroffen.

(5) Gerade in der Aufbauphase sind die Krankenhäuser unterschiedlich schnell und in unterschiedlicher Höhe mit Finanzmitteln ausgestattet worden. Einige Häuser haben sich, so die Aussage eines Krankenhaus-Repräsentanten, „einen kräftigen Schluck aus der Pulle genommen“. Im Zuge der Normalisierung der Verhältnisse und Vertragsverhandlungen werden die Budgets dieser Häuser in besonderem Maße von den Krankenkassen geprüft. Des weiteren gibt es aufgrund des hohen Ausgangsniveaus einen großen Spielraum für Rationalisierungsmaßnahmen, der nach Meinung der Krankenkassen nicht genügend genutzt wird und nach Auffassung anderer Krankenhäuser Übervorteilung bedeutet und eine Form von „Sozialneid“ provoziert. Dies sind Konfliktlinien, die durch die Unbelastetheit der Aufbauphase heute unerwünschte Nebenfolgen darstellen.

(6) Mit der Umstellung seiner „Haushaltstechnik“ - Zusammenlegung von Mitteln nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und nach Artikel 14 GSG - hat das Land Thüringen Ausschüsse zur Bewilligung von Fördermitteln gegründet, die von Vertretern der GKV stark beherrscht werden. Die unter den Bedingungen vor dem GSG noch nicht etablierten Interessenpositionen und Fraktionen in der Krankenhauslandschaft kristallisieren sich nun relativ deutlich heraus. Die bislang in der gemeinsamen Aufgabenstellung der stationären Versorgung begründete Gemeinsamkeit weicht einer ökonomisch bedingten Unterschiedlichkeit der Zielsetzungen.

(7) Ein weiterer Streitpunkt ist die Finanzierung der Instandhaltungskosten über die Pflegesätze. Seit 1.1.96 müssen diese über die Pflegesätze finanziert werden, ohne daß eindeutig geklärt ist, welche Kosten hier geltend gemacht werden können. Während die Krankenkassen einen möglichst geringen Anteil als pflegesatzrelevant anerkennen wollen, sind die Krankenhäuser bestrebt, ihre Instandhaltungskosten in möglichst hohem Umfang hierüber zu finanzieren, da von seiten der Träger und des Landes kaum materielle Unterstützung zu erwarten ist.

(8) Ein weiterer zentraler Hintergrund für die Zuspitzung der Konfliktlage schließlich ist ungeachtet der bisherigen Bedingungen und eskalierenden Nebenerscheinungen im finanztechnischen Procedere der Landesregierung zu sehen. Kassen und Krankenhäuser kritisieren in diesem Kontext sehr scharf die Rechtsauslegung des Landes. Nach ihrer Meinung hätten die im Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes für die neuen Länder festgelegten besonderen Fördermittel (in Höhe von jährlich 700 Millionen DM für alle neuen Länder 1995 - 2004) zusätzlich und unter Beibehaltung der bislang gewährten pauschalen Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungs-Gesetz gewährt werden müssen.

Tatsächlich hat die Landesregierung aber ihre pauschalen Fördermittel reduziert, so von 210 Millionen DM im Jahre 1993 auf 166 Millionen DM im Jahre 1994. Finanztechnisch ist dies über eine Umstellung des Haushalts gelaufen, bei der die beiden o.g. Posten in einen gemeinsamen Haushalt überführt worden sind. Faktisch ist dadurch die Höhe der Gesamtfördermittel nur geringfügig angestiegen. Interpretiert man Artikel 14 des GSG derart, daß damit neue und zusätzliche Mittel zu den bislang gezahlten bezeichnet sind, so ist das Land Thüringen dieser Aufforderung nicht bzw. nicht in jenem quantitativen Umfang gefolgt, wie man bei einer Hochrechnung hätte erwarten können. Auch von seiten der Landesregierung wird eingeräumt, daß Sparzwänge maßgeblich geworden sind und eine wie möglicherweise von den Krankenhäusern aufgrund des Artikel 14 erhoffte quantitativ umfassendere Anhebung der Gesamtfördermittel ausgeblieben ist. Offensichtlich ist diese Rechtsposition aber unanfechtbar und mit dem Buchstaben der entsprechenden gesetzlichen Beschlüsse absolut vereinbar.

6. Wahrgenommene Defizite der Landeskrankenhausplanung: Kritik an der Intransparenz der Perspektiven und Planungskriterien

Obwohl in den neuen Bundesländern seit dem Jahre 1989 (alle folgenden Zahlenangaben aus: Bundesminister für Gesundheit, Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern, 5 Jahre deutsche Einheit, o.J.)

- die Zahl der Krankenhäuser und auch Betten erheblich reduziert wurde (von 1989 bis Anfang 1993 Abbau von etwa ein Viertel = 40.000 Betten),
- die Bettenauslastung geringfügig gestiegen ist (1991 ca. 75 %, 1993 ca. 78 %), allerdings derzeit noch immer unter dem Niveau der alten Bundesländer liegt (86 %, 84 %),
- die Verweildauer erheblich gesenkt wurde (1991: 16,1 Tage) und inzwischen mit der Durchschnittsdauer in den alten Ländern fast identisch ist (1993: 13,2 Tage). (In den von uns untersuchten Krankenhäusern ist die Verweildauer teilweise noch drastischer gesenkt worden auf aktuell 10,5; in einem andern Fall auf 11 Tage.),

wird von fast allen Gesprächspartnern nicht nur aus dem Bereich der GKV, sondern auch von Verwaltungs-, Pflege- und ärztlichen Leitern relativ einmütig darauf hingewiesen, daß derzeit noch immer „Überkapazitäten“ in den Kliniken Thüringens vorhanden seien und ein weiterer Abbau von Betten, aber auch eine Schließung einzelner Häuser sinnvoll und notwendig sei. Insbesondere auf sehr kleine Häuser mit ungünstigen baulichen Voraussetzungen wird hierbei verwiesen, teilweise auch auf Überkapazitäten in bestimmten Regionen.

Die Zahlenangaben und Schätzungen für einen zukünftig noch möglichen und denkbaren Abbau von Betten schwanken dabei, liegen zwischen 10 und 30 % des aktuellen Bestandes - wobei hier auf jeweils unterschiedliche regionale Einzugsfelder und Einheiten Bezug genommen wird. Daß in der jüngeren Vergangenheit und aktuell der Bettenabbau quantitativ nicht noch umfassender betrieben worden ist, wird im wesentlichen mit arbeitsmarktpolitischen, sozialen und parteipolitischen, nicht aber gesundheitspolitischen oder versorgungsmedizinischen Argumenten erklärt. Die bislang wahrnehmbaren Effekte im Hinblick auf Bettenzahl und Verweildauer, so wird aus einzelnen Äußerungen deutlich, sind zu einem Großteil weniger ein Rationalisierungseffekt als sehr viel mehr dem Umstand geschuldet, daß Patienten, die rein pflegerische Langzeitbetreuung benötigen, aus den Kliniken ausgelagert wurden.

Die grundsätzliche Notwendigkeit einer Absenkung der Bettenkapazitäten und damit unmittelbar zusammenhängend auch einer Neustrukturierung der jeweiligen regionalen Versorgungsaufträge steht durchweg außer Zweifel. Kritik wird jedoch laut in der Richtung, daß eine „strukturell qualifizierte Planung der stationären medizinischen Versorgung vermißt wird.“ Bemängelt werden in diesem Zusammenhang unterschiedliche Einzelaspekte, ohne daß freilich exakt deutlich wird - auch nicht auf Nachfragen hin -, welche alternativen Vorgehensweisen man anstelle der gegenwärtigen Praxis für zweckmäßiger und angemessener erachten würde. Hier wird in ganz ähnlicher Weise wie dies bereits in der Bremer Krankenhausbefragung deutlich geworden ist, ein profundes Unbehagen an den Voraussetzungen und der konkreten Vorgehensweise bei der Landeskrankenhausplanung artikuliert, dem jedoch keine praktikable (und womöglich andernorts bewährte) Alternative gegenübergestellt wird.

Mehrere Facetten machen dabei die Kritik aus:

(1) Krankenhausplanung erscheint als lediglich mathematisch-statistische Hochrechnung bestimmter Kennziffern ohne Berücksichtigung medizinischer oder medizintechnischer Kriterien. „Es werden lediglich Bettenzahlen anhand idealer Belegungsziffern“ errechnet, ohne daß beispielsweise Spezifika des Flächenlandes Thüringen oder die Konsequenzen der Öffnung eines durch die ehemalige DDR-Grenze hermetisch geschlossenen Versorgungsgebietes berücksichtigt werden.

(2) Die Planungen erfolgen - so wird dies erlebt - unter Ausschluß der betroffenen Krankenhäuser oder zumindest nicht auf der Basis **gemeinsamer** Interessenbekundungen und Willensbildungen, von wechselseitigen Informations- und Kommunikationsprozessen. Bemängelt wird hierbei, daß der Krankenhausplanungsausschuß viel zu selten tagt, daß die Planungskonferenz nur ad hoc und zu sehr speziellen Fragen (wie zuletzt den Themen Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie), nicht aber zu den derzeit anstehenden übergreifenden Fragen von allgemeinerem Interesse sich versammelt - womit zweifellos wohl die Neugliederung der Kliniken, Schließung von Häusern, Bewilligung von Fördermitteln und Neubauten etc. gemeint ist.

Kritisiert wird u.E. hier also im wesentlichen ein neuer „Stil“ von Gesundheitspolitik, der vom Gedanken der gemeinsamen Aufgabenstellung und vom Konzept des „rundes Tisches“ nunmehr markant abweicht. Ohne unseren Interviewpartnern Interessen an einer gemeinsamen Problemlösung in irgendeiner Form absprechen zu wollen, spiegelt diese Kritik nach unserer Einschätzung aber doch eher eine aktuell ungute Wahrnehmung der politischen Szenerie als eine klare politische Zielsetzung wider: Es dürfte insbesondere, wie auch weiter unten noch einmal ausführlich dargestellt wird, die starke und beunruhigende Wahrnehmung von Konkurrenz in einer Vielzahl von Gefilden sein (andere Häuser in der Region, andere private Träger, ambulanter Bereich, nachsorgender Bereich), die hier als Vehikel der Artikulation von Kritik fungiert. Mit anderen Worten: Die Kritik an fehlender „Gemeinsamkeit“ bei der Krankenhausplanung dokumentiert im wesentlichen ein Unbehagen in bezug auf die aktuell wahrgenommene, ungewohnte und bedrohliche Konkurrenzsituation. Eine dezidierte Forderung nach der Wiedereinführung und Institutionalisierung des „rundes Tisches“ ist daraus nicht ohne weiteres ableitbar.

Hier herrscht doch erhebliche Skepsis, ob nicht die veränderten historischen Bedingungen (allen voran: die Konkurrenzsituation) gemeinsame Konferenzen und Planungen nur noch in der Form stark ritualisierter, inhaltlich aber unergiebig und entscheidungs-irrelevanter Treffen zulassen: „Diese regionalen Planungskonferenzen, die zuletzt abgelaufen sind, das kam mir immer so vor wie in einer Pokerrunde. Keiner hat gezeigt, ob er noch Asse im Ärmel hat. (...) Frau Ministerin fuhr vor, hat ein Grundsatz-Statement gehalten. Dann wurden die Krankenhausräte gefragt und keiner hat sich getraut was zu sagen. Eine Diskussion kam dabei nicht zustande. Das war im Grunde Schauspielerei, keiner hat es so genutzt, wie es eigentlich sachgerecht gewesen wäre.“

(3) Es wird auf Versäumnisse im Zusammenhang mit der Gebietsreform 1993/94 hingewiesen, als es sehr viel leichter als heute möglich gewesen wäre, einzelne Häuser zu schließen, verschiedene Kliniken in eine gemeinsame Trägerschaft zu überführen, neue regionale Schwerpunktsetzungen und Aufgabenteilungen festzulegen. In der gegenwärtigen Lage erscheint dies problematisch, werden unter der Hand sachfremde bzw. nicht-medizinische Entscheidungen und Entscheidungsgrundlagen befürchtet. Dies bleibt freilich ein wenig konkretisierter Vorwurf, der sich aber in das atmosphärische Bild von Mißtrauen und Vorbehalten fügt, die im folgenden darzustellen sind und weniger die allgemeinen Probleme einer „gesundheitsgerechten“ und sozialverträglichen Umgestaltung der Krankenhauslandschaft Thüringens berühren, als sehr viel mehr die Rolle, die das Land bzw. das Ministerium für Gesundheit und Soziales dabei spielen.

Dort sind uns die Planungen für die weitere Zukunft recht eindeutig benannt worden: Man schätzt, daß die Verweildauer noch um etwa 30 Prozent zu verkürzen ist, so daß in etwa 3 - 4 Jahren von den jetzt 20.000 Akutbetten in Thüringen noch etwa 15.000 verbleiben werden. 1998 sollen vergleichbare Kennziffern wie in den alten Ländern erreicht sein. Die Zahl der Krankenhäuser wird weiter reduziert, wobei dies teilweise nicht unbedingt eine Schließung bedeuten muß, sondern nur den Übergang in eine andere Trägerschaft und Zusammenschluß mit anderen Häusern in der Region. Im Lande sollen mehrere Kliniken neu gebaut werden: eine davon ist bereits fertiggestellt, zwei sind im Bau, vier weitere sind in Planung, wobei die Entscheidung über deren Standorte jetzt gefällt ist.

Trotz dieser uns gegenüber relativ offenen Darlegung der Landespläne im stationären Bereich wurde von seiten der Krankenhäuser in den Interviews erhebliches Mißtrauen und Kritik an der fehlenden Transparenz des Ministeriums artikuliert. Es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr eindeutig nachvollziehbar, inwieweit diese Vorbehalte durch die jetzt mitgeteilten Pläne aus dem Weg geräumt sind, oder ob - etwa in der Frage notwendiger Schließungen kleinerer Häuser und Zusammenschlüsse - immer noch Unklarheiten und damit Unsicherheiten bestehen. Das Urteil „Krankenhäuser sind Spielbälle der Politik“ taucht in dieser oder auch in leicht abgewandelter Form jedenfalls bei mehreren Interviewpartnern auf, wird zum Teil auch nicht nur auf die Landesregierung bezogen, sondern darüber hinaus auch auf die GKV und die Landeskrankenhausgesellschaft.

Unterstellt wird - was von unserer Seite hinsichtlich der sachlichen Stimmigkeit natürlich nicht überprüfbar war - eine „Hinhaltepolitik“, bei der durch aufgeschobene und verzögerte Finanzmittelbescheide, durch revidierte Antragsvorschriften, veränderte Haushaltspläne, stornierte Projekte und anderes mehr „vollendete Tatsachen“ geschaffen werden. D.h.: Bei einzelnen Krankenhäusern besteht die Befürchtung, daß „ihr“ Haus zwar nicht auf der Strecke bleibt, aber doch gegenüber anderen Kliniken benachteiligt wird, was den Versorgungsauftrag, Investitionen, Um- und Neubauten etc. betrifft, und zwar ohne daß dies öffentlich begründet und nach rationalen Kriterien entschieden worden ist. Der Begriff der „Kungelei“ ist in unseren Gesprächen zwar nicht explizit gefallen, lag aber bei diesen Statements stets in der Luft.

Auch wenn diese Kritik vollständig gegenstandslos und aus der Luft gegriffen sein sollte, so dokumentiert sie doch sehr nachhaltig die Irritationen und Planungsunsicherheiten der Krankenhäuser und wäre unseres Erachtens zumindest ein Anlaß, konkret zu prüfen, ob mehr Information unter den gegebenen Bedingungen vermittelt werden und damit für die Kliniken mehr Transparenz und damit auch Legitimität der politischen Beschlußfassung erreicht werden könnte.

7. Konkurrenz und Kooperation der Krankenhäuser - *die zentrale gegenwärtige Problematik und die zugleich zentrale Zukunftsaufgabe*

Ein hervorstechender Eindruck, der sich bereits während der Phase der Interviewdurchführung einstellte und sich im Verlauf der Sichtung und Analyse des schriftlichen Materials noch weiter verstärkte, war die starke Akzentuierung der gegenwärtigen Konkurrenzsituation der Krankenhäuser in allen Gesprächen. Dieses Dilemma erscheint uns als ganz wesentlicher Befund der Erhebungen und von erheblicher Relevanz auch für die gewerkschaftspolitische Arbeit. Konkurrenz wird als eines der größten, wenn nicht **das** größte Problem in der aktuellen Situation wahrgenommen und zugleich erscheint die Überwindung dieser Konkurrenz durch eine stärkere Kooperation als eine der ganz wenigen zukünftig noch erschließbaren Rationalisierungsressourcen. Konkurrenz wird derzeit also einerseits als Bedrohung für den Fortbestand der Klinik in der jetzigen oder einer angestrebten Form, mit dem aktuellen oder einem erwünschten anderen Leistungsspektrum wahrgenommen. Andererseits ist diese Konkurrenzsituation jedoch ein Hindernis für die weiterhin sehr forciert zu realisierenden Rationalisierungs- und Kostensenkungsmaßnahmen. Implizit ist allen Betroffenen klar, daß Häuser, die intensiv miteinander kooperieren (im Einkauf, in der gemeinsamen oder arbeitsteiligen Nutzung kostenintensiver Räumlichkeiten oder Geräte, der zeitlich arbeitsteiligen Vorhaltung bestimmter medizinischer Dienstleistungen wie Notdienste usw.) erhebliche Kostenvorteile haben werden. Zugleich erscheinen die Hindernisse und Schwierigkeiten zu einer praktischen Organisation dieser im Prinzip angestrebten und ökonomisch wie medizinisch für wünschenswert erachteten Kooperation fast unüberwindlich.

Diese Situationswahrnehmung und auch die zugrundeliegenden Rahmenbedingungen mögen prima facie als weitgehend identisch mit jenen in den alten Bundesländern erscheinen (oder zumindest in bestimmten Regionen der alten Bundesländer). Auch hier bestehen teilweise erhebliche, an Kennziffern der Bettenauslastung festgemachte Versorgungs-Überkapazitäten und Notwendigkeiten, teilweise schon konkretere Pläne zur Schließung ganzer Kliniken oder zumindest einzelner Abteilungen. Die Konkurrenzsituation in den neuen Ländern und auch in Thüringen erhält jedoch besondere Prägnanz durch eine Reihe von Faktoren, die zwar keine grundlegend andersartigen Rahmenbedingungen und Anforderungen konstituieren, wohl aber deren Wahrnehmung und Verarbeitung massiv beeinflussen.

Zu nennen sind in diesem Kontext: (1) Anders als in den alten Bundesländern, in denen die Trennung ambulant-stationär und akut-rehabilitativ in gewisser Hinsicht eine „selbstverständliche“ und für viele Ärzte nie anders erlebte Gegebenheit medizinischer Arbeitsteilung ist, stellt die Konfrontation von Klinik und ambulantem Sektor einen Bruch nicht nur mit Traditionen und Usancen der DDR-Zeit dar, sondern auch mit Bedingungen, die durch Ausnahmeregelungen bis in die gegenwärtige Phase hineinreichen. (2) Konkurrenz zwischen Kliniken hat es in den alten Ländern in begrenztem Umfang schon seit langem gegeben, wenngleich ohne existentiellen Druck. Hinzu kommt, daß Konkurrenzbedingungen im Dienstleistungsbereich und auch im Bereich gesundheitsnaher Leistungen hier ohnehin seit langem system-immanente Normalität sind. (3) Die Phase nach der Vereinigung mit der vorübergehenden Institutionalisierung des „runden Tisches“ als gemeinsame Plattform der Kooperation, Planung und Problemlösung steht in relativ scharfem Kontrast zur heutigen Situation - dieser (zeitlich relativ frische) Vergleichsmaßstab ist in den alten Bundesländern nirgends präsent. (4) Die gegenwärtige Phase der Neuordnung der Krankenhauslandschaft in Thüringen wird als unübersichtlich, intransparent, unbeeinflussbar wahrgenommen, was Größenordnungen des Abbaus von Überkapazitäten, Definitionen des Versorgungsauftrags usw. betrifft. Die Unstrukturiertheit der Situation erlaubt daher kaum, konkretere Zielsetzungen und Strategien ihrer öffentlichen Legitimation und Verfechtung zu entwickeln.

Die Wahrnehmung von „Konkurrenz“ bezieht sich im wesentlichen auf das Verhältnis der Kliniken einer bestimmten Region untereinander. Allerdings nicht allein, denn auch zu anderen Sektoren der medizinischen Versorgung, insbesondere zu niedergelassenen Ärzten werden solche Interessenskonflikte erkannt. Eine Reihe von Häusern, insbesondere kirchliche Träger, hatte bis vor kurzem noch oder hat zum Teil sogar noch auslaufende Ausnahmegenehmigungen zur Betreibung von Ambulanzen, so daß die unlängst erfolgte oder bevorstehende Beendigung dieser Versorgungsform die Konfliktwahrnehmung noch einmal verschärft. Auch Interventionen der Kassenärztlichen Vereinigung oder von Krankenkassen, die darauf zumeist erfolgreich gedrängt haben, daß bestimmte Leistungen nicht mehr vom Krankenhaus, sondern jetzt vom ambulanten Sektor zu realisieren sind (etwa bestimmte orthopädische Leistungen außerhalb der Notfallbehandlung, Röntgenleistungen durch Kliniken), werden in diesem Zusammenhang erwähnt.

Die aktuellen Formen der Zusammenarbeit sind rudimentär. In einem der von uns untersuchten Häuser wird auf eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten verwiesen, und zwar im Rahmen ambulanter und stationärer Dialyse und auch bei der Betreibung eines Kernspintomographen. Ein zweites Haus organisiert über seine Apotheke auch den Medikamenteneinkauf für andere Kliniken der Region. Und in diesem Haus gibt es noch einen mit anderen Kliniken der Region gemeinsam organisierten Notdienst für die geburtshilflichen Abteilungen zur Versorgung Frühgeborener. Das dritte Krankenhaus unserer Studie berichtet über keinerlei Formen der Zusammenarbeit. Damit erschöpfen sich die aktuell realisierten Formen der Zusammenarbeit.

Daß dieses Manko indes nicht Resultat von mangelndem Ideenreichtum ist, belegt die insgesamt doch recht große Palette konkreter Einzelmaßnahmen, die hier als mögliche und im Prinzip sinnvolle Formen von Zusammenarbeit in den Interviews entwickelt werden: Gemeinsamer Einkauf von Verbrauchsmaterialien, medizinisch-technischen Geräten und Medikamenten, gemeinsame Nutzung von Laboren sowie anderen zeitlich nicht umfassend ausgelasteten Infrastrukturen und kostenintensiven Geräten, arbeitsteilige Bewältigung nur punktuell abverlangter Versorgungsleistungen (wie Notfall- und Bereitschaftsdienst), perspektivisch gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten betriebene Praxiskliniken, stärkere Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten oder sogar Einrichtung eigener Pflegedienste sind einige der hier genannten Aspekte.

So vorteilhaft und ökonomisch notwendig diese konkreten Maßnahmen von Kooperation und Arbeitsteilung erscheinen, so schwierig, wenn nicht unüberwindlich - zumindest für die nächste Zeit - erscheint ihre konkrete Umsetzung in die Praxis. Der Übergang mehrerer Kliniken, insbesondere auch Kliniken mit nur geringer bis mittlerer Bettenzahl, in eine gemeinsame Trägerschaft und in die Rechtsform einer GmbH wird bisweilen als einzig denkbare Lösung genannt, um Einzelinteressen zu überwinden und über die gemeinsame Organisations- und Rechtsform zu einem verbindlichen einigenden Band zu gelangen. Außen vor bleiben im Rahmen einer solchen Perspektive natürlich jene womöglich noch größeren Schwierigkeiten, die daraus resultieren, daß a) dabei weitergehende Interessen von Trägern (öffentlich, freigemeinnützig, privat) berührt sind, deren Handlungsmaßstäbe auch außerhalb der Region liegen, und b) wird dabei auch verkannt, daß zumindest im Vergleich zu partiellen Kooperationsab-sprachen in bestimmten Einzelfragen die „GmbH-Lösung“ als allgemeine und zentralisierte Form der Interessenbündelung ein noch radikaleres Risiko des Verlusts von Entscheidungskompetenzen und Einflußpositionen in sich birgt.

Worin sind die nun großen Schwierigkeiten begründet, die von seiten der Kliniken in Fragen medizinischer Kooperation untereinander wahrgenommen werden? Völlig unabhängig von der besonderen Situation in Thüringen und in den von uns untersuchten Häusern ist hier sicherlich auch ein allgemeines Manko fehlender Tradition und Erfahrungspraxis überbetrieb-

licher Zusammenarbeit maßgeblich, ebenso wie eine bislang auch in ganz anderen gesellschaftlichen Bereichen und Institutionen etablierte Tendenz zum „Organisationserhalt“, d.h. zur Absicherung von Personalbeständen, technischen Ausstattungen und Großgeräten, Funktionszuweisungen und Kompetenzen, Macht- und Status-Symbolen. Engere Kooperation bedeutet dann aber auch das Risiko des Verlustes spezifischer Errungenschaften und Einflußpositionen, da es - dies zeigt die Praxis - mit einer Bündelung der Entscheidungsbefugnisse, zum Teil auch dem Abbau personeller Kapazitäten einhergeht. Und ob die eigene Seite im Rahmen der Aushandlungsprozesse obsiegt, ist nicht zweifelsfrei vorab feststellbar.

Die radikale Neuorganisation der inner- und zwischenbetrieblichen Arbeitsteilung, die Etablierung von Zuliefererketten, die Reduzierung der Fertigungstiefe auf teilweise 30 oder 40 % des vorherigen Niveaus, das Outsourcing von kompletten Abteilungen in der deutschen Industrie seit etwa Mitte der 80er Jahre - daran sei hier nur ganz kurz und am Rande erinnert - war weniger ein Effekt von Experimentierbereitschaft und Kooperationsneigung im industriellen Management, sondern Ausfluß (u.a.) einer zugespitzten Konkurrenz auf dem Weltmarkt und für den Betrieb existentieller Ökonomisierungs- und Rationalisierungszwänge.

Für unser Untersuchungsfeld kommt jedoch ein weiteres Moment hinzu. Wie bereits oben dargestellt, erscheint unseren Gesprächspartnern die Perspektive der Krankenhausplanung im Lande unübersichtlich und wenig beeinflussbar. Auch in den Kliniken unserer Studie wiesen zumindest die beiden nicht so großen Häuser auf erhebliche Planungsunsicherheiten und Bedrohungen hin: „der Standort unseres Hauses ist prekär, weil wir von so vielen mächtigen und großen Kliniken umgeben sind. (...) Und dann ist da auch noch die [private Anm. d. Verf.] Krankenhausgruppe (...), die sehr expansiv vorgeht.“

In einer solchen Situation bedeutet für unsere Gesprächspartner bereits das Signalisieren von Kooperationsbereitschaft, daß nach außen - zur GKV, zum Land, zur Landeskrankengesellschaft - offenbar wird, daß spezifische Reorganisationsnotwendigkeiten bestehen, u.U. gar Überkapazitäten (die durch Zusammenarbeit „gesund geschrumpft“ werden sollen), oder auch schlicht nur besonders drängende ökonomische Probleme. In jedem Fall bedeutet dies Publizität und Aufmerksamkeit und unterliegt dem Risiko der Fehlinterpretation durch Dritte. Schließlich ist Kooperation auch undenkbar ohne intensive Kommunikation und Information - erneut ein Akt mit dem Problem, daß man sich „in die Karten schauen läßt“ und u.U. unliebsame oder für die Zukunft des Hauses ungünstige Informationen nach außen dringen.

Es ist unschwer vorherzusagen, daß konkrete Anstrengungen zur Zusammenarbeit und Arbeitsteilung, zu gemeinsamen Einkaufsmodellen, zur bi- oder multilateralen Neuorganisation von Versorgungszuständigkeiten vermutlich erst in dem Augenblick gangbar und weniger riskant erscheinen, da die zukünftige Neuordnung der Krankenhauslandschaft ein auch inhaltlich definiertes Faktum ist und nicht nur in vagen Konturen ahnbar. Dies erscheint freilich nur als eine Mindestvoraussetzung. Inwieweit es dann tatsächlich gelingt, organisationsbezogene Egoismen zu überwinden, ob die ökonomischen Vorteile stärkerer Zusammenarbeit sehr viel gewichtiger wahrgenommen werden als Risiken des Verlusts von Entscheidungskompetenz und Funktionsvielfalt, dies hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab: Schärfe des Rationalisierungs- und Ökonomisierungsdrucks, Positionsmacht der Geschäftsführung, Struktur der jeweiligen kommunalpolitischen Interessen (etwa arbeitsmarktbezogen), Einschätzungen des politischen Kräftefelds.

Wesentliche Bedeutung wird in diesem Zusammenhang aber auch Einschätzungen und Erfahrungsberichten darüber zukommen, inwieweit bereits praktizierte Formen der Kooperation in anderen Regionen und Bundesländern bestimmte Merkmale aufweisen, die solche Maßnahmen als nachahmenswert oder aber problematisch und für einzelne Kliniken riskant ausweisen. Kriterien dafür sind tatsächlich erzielte Effekte, unter anderem auf ökonomischer Ebene, der Kompromißcharakter erreichter Lösungen bzw. die dabei durchgesetzte oder verstärkte

Machtposition eines einzelnen Hauses etc. Generell wäre es unserer Ansicht nach vermutlich von großem Interesse für eine Vielzahl von Kliniken, detailliertere Informationen verfügbar zu machen (in schriftlicher Form oder auch im Rahmen von Tagungen), die bereits erprobte und überwiegend erfolgreiche Kooperationsmodelle vorstellen und ihre konkreten Konstruktions- und Realisierungsprinzipien für Dritte nachvollziehbar machen.

8. Rationalisierung in den Krankenhäusern: Bisher durchgeführte Maßnahmen und wahrgenommene Wirtschaftlichkeitsreserven

Das Fazit zu den Rationalisierungsbemühungen Bremer Krankenhäuser in der Studie „Kommunale Gesundheitspolitik und Krankenhaus“ lautete Anfang des Jahres 1994:

„Zentrales und nahezu ausschließliches Konzept der Rationalisierung (...) ist für alle von uns befragten Entscheidungsträger, in der Krankenhaus-Direktion selbst wie in Krankenkassen und senatorischer Behörde, die Privatisierung unterschiedlicher, eher als randständig definierter Krankenhaus-Teilbereiche, eine Auslagerung von „Hotelfunktionen“ und Vergabe dieser Leistungen an privatwirtschaftlich organisierte Fremdfirmen. Dabei überwiegt insgesamt eine eher positive Sichtweise dieser zukünftigen Aufgabenbeschränkung des Krankenhauses. Die Auslagerung von Wäschereien, Reinigung, Transport, Essens- und Getränkeversorgung usw. wird im Prinzip als bislang systemfremde, funktions-inadäquate Zusatzaufgabe definiert, von der man sich nun - gesetzlich legitimiert - mit Aussicht auf erhebliche ökonomische Vorteile trennen könne. Positionen, die die weitere Durchführung dieser Aufgaben in Eigenregie der Krankenhäuser als Vorteil für Beschäftigte wie Patienten sehen, sind in diesem Kontext absolut in der Minderheit.“

a) Bisher realisierte Maßnahmen

Outsourcing

Die Euphorie des Outsourcing und die Hoffnung auf massive Verbesserungen der ökonomischen Bedingungen, so läßt sich nun mit Blick auf die Urteile der von uns untersuchten Thüringer Krankenhäuser feststellen, ist Anfang 1996 erheblich gebremst.

Für die Zeit unmittelbar nach der Wende wird zwar berichtet, daß „Ausgliederung das Zauberwort war, das aus den alten Bundesländern rüberschwappte“, und daß „eine Flut von Beratungsfirmen zur Ausgliederung und Neustrukturierung“ auf die Kliniken einströmte. Die Vergabe von „Hotelfunktionen“ des Krankenhauses und auch von nicht-kurativen, insbesondere diagnostischen Dienstleistungen an Privatfirmen wird jedoch heute keineswegs mehr als „Königsweg“ zur Kostensenkung betrachtet. Dies wird bereits aus der Tatsache deutlich, daß in den von uns untersuchten Häusern extrem unterschiedliche Lösungen realisiert worden sind.

In einer Klinik sind im Prinzip alle medizinisch randständigen Dienstleistungen an Privatfirmen vergeben worden: Küche, Wäscherei, Reinigungs- und Transportdienst, Wach- und Pfortendienst. Im Küchenbereich blieb das Personal hier allerdings - auf Betreiben des Personalsrats gegen Wünsche der Verwaltung - auf der Angestelltenliste der Klinik. Die Auslagerungsprozesse fanden hier nicht alle „auf einen Schlag“, sondern seit 1991 sukzessiv und in größeren zeitlichen Abständen statt.

In der zweiten Klinik werden sämtliche Betriebe noch immer in Eigenregie betrieben, bislang erfolgte keinerlei Auslagerung und es gibt auch mittelfristig keine Pläne dazu.

Die dritte Klinik schließlich nimmt mit nur teilweise ausgelagerten Dienstleistungen eine Mittelstellung ein. Hier wurde überdies die recht ungewöhnliche Lösung realisiert, daß der Reinigungsdienst nach einer öffentlichen Ausschreibung privatisiert wurde, allerdings mit der Auflage für eine Übernahme aller Mitarbeiter mit „Anstellungsverträgen auf Lebenszeit“. Nach Aussage des Verwaltungsleiters erschien diese Personalsratsforderung zuerst unmöglich und realitätsfremd („Putzfrauen mit Beamtenstatus“), war dann aber überraschenderweise doch umsetzbar. Vorgesehen ist hier mittelfristig noch eine Auslagerung kleinerer Betriebseinheiten u.a. im Küchenbereich (Spüldienst) aufgrund des nur „halb so hohen Entgelttarifs bei Gebäudereinigern“ im Vergleich zum BAT.

Offensichtlich, dies zeigt die große Streuweite der jeweils gewählten Lösungen, hängt es sehr stark von den spezifischen Voraussetzungen im Krankenhaus selbst (Bettenzahl, bauliche Bedingungen, regionale Versorgungsstruktur und andere Kliniken, städtischer/ländlicher Bereich), aber auch in der Region (Arbeitsmarktlage, Privatfirmen) ab, welche Lösung jeweils kostengünstiger ist. Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang mehrfach auf „schlechte Erfahrungen“ anderer Häuser in der Region mit Privatfirmen verwiesen. Insbesondere die dort zugrunde gelegten, teilweise extrem langen vertraglichen Bindungen (etwa über einen Zeitraum von 10 Jahren) würden zwar für eine Anfangsphase kostengünstigere Dienstleistungen sichern, in späteren Jahren jedoch teilweise erheblich höhere Kosten. Es ist zu vermuten - Details wurden von uns nicht geklärt -, daß in solchen Verträgen a) Kostensteigerungen nach dem BAT, nicht aber nach Maßgabe der jeweils tatsächlich relevanten Branchentarifvereinbarungen festgeschrieben wurden sowie b) u.U. auch Kosteneinsparungen durch Rationalisierungen und außertarifliche Entgelte nicht weitergegeben werden.

Ein zweiter Einwand gegen eine radikale Vergabe aller „Hotelfunktionen“ an Privatfirmen zielt auf die vergleichsweise geringe Flexibilität der Funktionen und Dienstleistungen, die in der Regie privater Firmen betrieben werden. Insbesondere im Rahmen von Sondersituationen (wie beispielsweise Um- und Neubauten, technische Umrüstungen, kürzere Phasen mit überdurchschnittlichem Patientenaufkommen etc.) scheint es offensichtlich schwer, wenn nicht unmöglich, die daraus resultierenden besonderen Anforderungen (etwa höherer Reinigungsbedarf durch Baumaßnahmen) mit dem privaten Vertragspartner zu regeln. In der Klinik selbst angestellte Mitarbeiter seien hier sehr viel eher bereit, auch mal vorübergehend Überstunden zu leisten oder von ihren in der Arbeitsplatzbeschreibung fixierten Aufgaben geringfügig abzuweichen.

Was die Auslagerung von Funktionen im diagnostischen Sektor betrifft, so scheint dieser Bereich zumindest in den von uns untersuchten Krankenhäusern noch weitgehend in eigener Regie betrieben zu werden. Zwar wird vereinzelt auch darüber nachgedacht, ob nicht bei steigendem ökonomischen Druck hier auch an eine Neuorganisation gedacht werden muß. Dabei überwiegen jedoch - im Rahmen der wenigen Statements, die diese Funktionen überhaupt als Rationalisierungsreserven definieren - eher Überlegungen, die auf eine Arbeitsteilung und Kooperation zwischen „etablierten“ medizinischen Institutionen hinauslaufen, also niedergelassene Ärzte und andere Krankenhäuser der Region. So wird in einer Klinik nachgedacht über eine gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten zukünftig zu betreibende Praxisklinik im Bereich Radiologie. Andernorts gibt es die Überlegung zur Einrichtung eines Zentrallabors für mehrere Kliniken der Region und Beibehaltung nur noch eines Notfallabors im eigenen Haus. In beiden Fällen handelt es sich jedoch um noch relativ unverbindliche Überlegungen („Was könnte noch getan werden, wenn der Kostendruck weiter steigt?“) und nicht um konkretere Vorhaben oder Pläne, zu denen zumindest die entsprechenden Beschlußfassungen bereits vorlägen.

Kosten-Controlling

Eine auch nur halbwegs konsequente Konzeption zur Ablaufverbesserung im Krankenhaus, zur Aufdeckung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die nicht zu Lasten der ärztlichen Therapie und pflegerischen Versorgung gehen, setzt ein systematisches Kosten-Controlling voraus. Auch wenn damit noch keineswegs Lösungswege und Veränderungsmöglichkeiten gefunden sind, so ist damit doch zumindest ein heuristisches Instrument verfügbar, das ökonomische „Schwachstellen“ aufzeigt und Analysen darüber ermöglicht, ob es sich um sachlich (d.h. in der Regel: medizinisch) notwendige Abweichungen handelt. In allen von uns untersuchten Kliniken ist nicht nur die Notwendigkeit dieses Controlling - auch von ärztlicher Seite -

akzeptiert worden, was in Anbetracht des besonderen „Produkts“ Gesundheit, das sich einer rein betriebswirtschaftlichen Perspektive ja zu Recht entzieht, keine Selbstverständlichkeit ist. Es ist überdies so, daß auch in allen Krankenhäusern der Studie bereits in Ansätzen entsprechende Verfahren praktiziert werden, wobei allerdings Intensität, Systematik und verwendete Methoden (EDV-Unterstützung) variieren und teilweise nur sehr rudimentäre Kontrollinstrumente eingesetzt werden. Über entsprechend ermittelte Datensammlungen (Belegung, Arznei- und Hilfsmittelverbrauch) wird - dort, wo entsprechende Verfahren bereits umfassender Einsatz gefunden haben - auch systematisch informiert, in einem Haus etwa alle drei Wochen im Rahmen von Besprechungen bzw. Versammlungen aller Chefärzte, wobei auch über Ursachen und gegebenenfalls erforderliche Abhilfen diskutiert wird.

Schwierigkeiten in der Handhabung und Anwendung des Kosten-Controlling sind nach den Aussagen der befragten Verwaltungsleiter insbesondere auf zwei Ebenen zu finden: zum einen in der Motivierung bzw. verbindlichen Verpflichtung von Beschäftigten, notwendige Informationen auch systematisch zu dokumentieren - was nach diesen Informationen vor allem ein Problem zu sein scheint bei höherrangigen Ärzten mit einer gewissen Aversion gegenüber EDV, Formularen und Berichtsbögen. Zum anderen ist wohl das Problem der sachlich angemessenen Umverteilung von „Gemeinkosten“ in abteilungsspezifische Kostenbudgets noch „unterentwickelt“ bzw. problematisch. Inwieweit es sich hierbei um Defizite und ungelöste Probleme entsprechender Instrumente (Software) handelt, oder aber um noch nicht gelöste Konflikte zwischen Klinikabteilungen und Chefärzten über „gerechte“ bzw. „medizinisch angemessene“ Modi und Kennziffern der Anrechnung entsprechender Gemeinkosten (Labor, OP, Heizung, Strom usw.), konnten wir nicht definitiv klären. Es ist aber zu vermuten, daß hier partiell durchaus auch Widerstände von ärztlicher Seite eine Rolle spielen, die ein Kosten-Controlling und auch eine öffentliche Diskussion über ökonomische Auffälligkeiten als unangemessene Einmischung in ärztliche Verantwortlichkeiten erleben und zurückweisen.

Unabhängig von solch möglicherweise anhaltenden klinikinternen Einzelkonflikten und dem für einzelne Verwaltungsleiter noch dornigen Weg der Durchsetzung und Begründung entsprechender Controlling-Verfahren dürfte sich aber in den Häusern die Einsicht in die Notwendigkeit dieser Analysen insgesamt zukünftig noch erheblich festigen. Zweierlei dürfte dafür maßgeblich sein.

Zum einen werden nach Einschätzung der Kassen voraussichtlich im zweiten Halbjahr 1996 oder spätestens im ersten Halbjahr 1997 die gesetzlich neu geregelten von den Krankenhäusern in maschinenlesbarer Form der GKV zu übermittelnden Daten auch auf überregionaler und sogar bundesländer-übergreifender Basis vorliegen. Unter Rekurs auf Eingangsdiagnosen, medizinische Leistungen und andere Daten wie Verweildauer etc. wird es den Kassen dann möglich sein, weitaus schärfer als bislang Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten auszumachen. Inwieweit dies tatsächlich an unterausgenutzten Wirtschaftlichkeitsreserven liegt oder aber an statistisch nicht miterfaßten Besonderheiten der medizinischen Versorgung (Qualitätskriterien), sei dahingestellt. In jedem Fall wird der argumentative Druck der GKV auf Häuser mit prima facie ungünstiger Kostenstruktur wachsen, so daß es für die betroffenen Kliniken unabdingbar sein wird, Gegenargumente auf der Basis detaillierter klinikinterner Analysen bereitzuhalten.

Zum zweiten: Es deutet sich an, daß in den Verhandlungen zwischen GKV und Krankenhäusern nicht mehr Details der Leistungserbringung und Spezifika der medizinischen Versorgung zur Diskussion stehen, sondern das komplette Budget (bzw. die zugrundeliegenden Pflegesätze) vereinbart wird. Die bislang partiell noch von der GKV oder zumindest von einzelnen Krankenkassen ausgefüllte Rolle des „Rationalisierungstreibers und Kostenkontrolleurs“ wird in der nächsten Zeit in zunehmendem Maße vollständig an die Krankenhäuser delegiert. Die damit zwangsläufig jedoch anfallenden Aufgaben der Identifikation von ökonomisch relevan-

ten Verbesserungsmöglichkeiten im Arbeitsablauf, der Arbeitsteilung etc. wird von den Kliniken nur dann erfolgreich zu bewältigen sein, wenn ein kontinuierliches und systematisches Berichts- und Analysewesen aufgebaut wird.

b) Von den Entscheidungsträgern wahrgenommene Rationalisierungsbarrieren und -reserven

Unser in den Interviews relativ ausführlich und auch mit einer Reihe von Nachfragen umgesetztes Erkenntnisinteresse zu den Veränderungsvorstellungen und Rationalisierungskonzepten der Entscheidungsträger im Krankenhaus hat - dieses Fazit sei vorweg genommen - relativ große Ratlosigkeit gezeigt. Diese skeptische Position, was bislang noch brachliegende, überhaupt nicht in Angriff genommene und zugleich ökonomisch relevante Änderungen betrifft, resultiert - so unsere Einschätzung - auch nicht nur aus einer Position der Defensive und argumentativen Absicherung gegenüber GKV-Akteuren, die zukünftig u.U. den Forschungsbericht lesen könnten.

Einen wirklich relevanten Sektor von Rationalisierung und Verbesserung der Kostenstruktur benennen alle Befragten: die intensivere Kooperation und neu organisierte Arbeitsteilung zwischen Krankenhäusern (und zum Teil auch anderen Versorgungsträgern) einer Region. Wir hatten diesen Aspekt bereits oben ausführlich beschrieben und auch die subjektiven wie objektiven Gründe benannt, die nach unserer Einschätzung zumindest derzeit einer Umsetzung dieser Perspektive im Wege stehen.

Rationalisierungs-Hindernisse

Hingewiesen wird im Zusammenhang mit der Frage nach Veränderungen und Wirtschaftlichkeitsreserven von den meisten Befragten zunächst einmal auf massive Barrieren und Hindernisse wie insbesondere:

(1) Der im Krankenhausbereich generell sehr hohe Anteil von Personalkosten (rund 70 %), der - anders als etwa in der Industrie kaum in größerem Umfang durch Mechanisierungs- und Automationsprozesse gelöst werden kann. Es handelt sich im Krankenhausbereich auch nicht nur einfach um „personenbezogene Dienstleistungen“ (wie im Bankwesen oder der Körperpflege), sondern in weiten Teilen auch noch im Kontext von High-Tech-Medizin um hochgradig individualisierte und zugleich unabdingbar emotional und kommunikativ gestützte Dienstleistungen. Der „Pflegeroboter“ wird insofern - obwohl technisch zwar schon in Grundzügen realisiert - zumindest in nächster Zukunft kein relevanter Rationalisierungspfad sein.

(2) Die in den Krankenhäusern der neuen Länder - auch hierauf hatten wir bereits kurz hingewiesen - im Durchschnitt sehr viel ungünstigeren baulichen Voraussetzungen mit großen Entfernungen zwischen vielen kleineren Funktionseinheiten und Abteilungen. Damit sind in ganz unterschiedlicher Hinsicht (bausubstanzbedingte Energiekosten, Verwaltungsaufwand, zeitlicher und personeller Abstimmungsbedarf, Transportbedarf, geringere Möglichkeiten gemeinsamer Nutzung von Räumen und Einrichtungen etc.) sowohl höhere Gemeinkosten verbunden als auch im Prinzip höhere Barrieren der Ablaufoptimierung. Eine - von uns nicht thematisierte - interessante Frage in diesem Zusammenhang wäre allerdings, inwieweit von den Entscheidungsträgern massive Konzentrations- und Zentralisierungsbestrebungen als Desiderat und Basis von Kosteneinsparungen wahrgenommen werden - bisweilen trat in den Interviews dieser Eindruck auf.

Wir erwähnen dies, da sich bekanntermaßen in der Industrie (in gewissem Umfang auch bei Organisationen der GKV) seit einigen Jahren in Wellenbewegungen Prozesse abspielen, die ein Trial-and-error-Suchen nach optimalen Betriebsgrößen und Funktionsumfängen dokumentieren. Nach einer Phase relativ hoher Konzentration und Zentralisierung trat im industri-

ellen Sektor antithetisch eine Phase der Dezentralisierung (mit Profitcenters und umfassendem Outsourcing) ein. Gegenwärtig sind in gewissem Umfang wieder rückläufige Tendenzen zu verzeichnen, werden wesentliche Betriebsfunktionen (wie Forschung und Entwicklung) in das Unternehmen „zurückgeholt“.

(3) Eine auch aus unserer Sicht ganz zentrale Barriere der Rationalisierung stellt jedoch die gegenwärtige Regelung der Budgetierung dar, die ohne Differenzierung (a) der jeweils von den einzelnen in Häusern in Gang gesetzten Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und ohne (b) Berücksichtigung von Kriterien der Effektivität und Effizienz medizinischer Versorgung (Behandlungsqualität) die jeweiligen Budgets nur unter Berücksichtigung von Veränderungen ganz allgemeiner volkswirtschaftlicher Kenngrößen für das Folgejahr fort schreibt. Dies wird sowohl von seiten der GKV als auch von Akteuren in den Kliniken als problematisch empfunden und als widersinnig eingestuft für eine Zielsetzung, die unter Beibehaltung von Standards optimaler medizinischer Versorgung gleichwohl Kostensenkungen anstrebt. „Krankenhäuser, die tatsächlich wirtschaftlich gearbeitet haben, werden dafür bestraft“, ist das allgemeine Fazit aus unseren Interviews.

Tatsächlich dürften die geltenden Deckelungsregelungen die Verwaltungsleiter der Kliniken dazu anhalten, eine „halbherzige“ und taktierende Strategie der Veränderung von Abläufen und Prozessen der Therapie und Pflege zu erbringen, die noch genügend „Polster“ und „Luft“ aufweist, um in den nächsten Jahren mit ökonomischen Unwägbarkeiten umgehen zu können. Eine sehr konsequente Konzeption der Kostensenkung und Rationalisierung jedenfalls, die in der freien Wirtschaft erhebliche Marktvorteile und spürbar positive Effekte für die Ertragslage bringen würde, hätte für Krankenhäuser tendenziell problematische Effekte im nächsten Jahr zur Folge: aufgrund der (nur geringfügig modifizierten) Fortschreibung der bisherigen Einkünfte, wobei erzielte Einsparungen noch nicht einmal anteilig den Kliniken gutgeschrieben werden. Kosteneinsparung erscheint so für die Klinikleiter lediglich als extern verordnete und von der GKV in Verhandlungen erzwungene Anforderung, auf die zu reagieren ist. Sie erscheint jedoch in keinerlei Hinsicht als positive Motivation, als antizipatorisch und aktiv zu betreibende Politik, die sich begründet aus entsprechenden Gratifikationen im Erfolgsfall. Rationalisierung ist unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser nur lohnend als eine reaktive Strategie der begrenzten und behutsamen Anpassung von Krankenhausleistungen an die jeweils ausgehandelten Budgets.

Rationalisierungskonzepte und wahrgenommene Wirtschaftlichkeitsreserven

Unsere Frage nach verbleibenden Rationalisierungskonzepten der Kliniken in den nächsten Jahren hat neben dem Kernaspekt „intensivierte Kooperation“ und neben eher trivialen Hinweisen auf die hohen Kosten von Einweg-Verbrauchsmaterialien eine Reihe von Ansatzpunkten erbracht, deren Umsetzung freilich noch aussteht und die relativ durchgängig einen eher langfristigen Planungs- und Zeithorizont markieren. Auch stellen einige der in diesem Zusammenhang benannten Möglichkeiten geltende Rechtsnormen und Tarifvereinbarungen in Frage. An substantiellen Konzepten für einen kurz- und mittelfristigen Zeitraum etwa der nächsten 1 - 3 Jahre mangelt es. Gleichwohl seien die benannten Veränderungspfade im folgenden kurz benannt.

Eher als Voraussetzung für eine Erschließung weiterer Wirtschaftlichkeitsreserven denn als konkrete Maßnahme ihrer Realisierung wird der Ausbau des **Kosten-Controlling** benannt. Dieser Hinweis ist bisweilen allerdings besetzt von Ambivalenzen, wird ergänzt durch Hinweise, daß es auch darum gehen müsse, das innerbetriebliche Dokumentationswesen „auf das wirklich Nötige zu beschränken“. Hier werden also insbesondere auch von ärztlicher Seite Probleme erkannt, die den möglichen Ertrag entsprechender Analysen in Frage gestellt sehen durch den zuvor notwendigen personellen und zeitlichen Aufwand. Die Befürchtung eines

„Bürokratisierungsschubs“ durch unnötige Datensammlungen liegt in diesem Zusammenhang nicht fern.

Die geringe **zeitliche Auslastung** kapitalintensiver Bereiche im Krankenhaus, insbesondere des OP-Bereichs, wird von GKV-Vertretern am deutlichsten, einige Male jedoch auch von Klinik-Repräsentanten als Zustand benannt, der aller Voraussicht nach nicht zu halten ist. Insbesondere die Tatsache, daß am Wochenende in Kliniken nur „aufbewahrt“ wird und keine wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen erbracht werden, erscheint zumindest untersuchungs- und problematisierungsbedürftig. Auch die auf eine Schicht von vormittags bis nachmittags eingegrenzte reguläre Dienstzeit im ärztlichen Dienst wird in diesem Zusammenhang erwähnt.

Eine stärker **leistungsorientierte Entgeltregelung** im Pflegedienst - aber auch im ärztlichen Bereich - und die Vergütungsregelung für Chefärzte wird mehrfach benannt. Dies erscheint jedoch weniger als Maßnahme zur direkten Kosteneinsparung, sondern eher als notwendige flankierende Regelung, um bestimmte Rationalisierungsstrategien durchzusetzen - wobei hier zu einem Gutteil wohl auch an eine Verdichtung von Arbeits- und Leistungsanforderungen zumindest in bestimmten Bereichen gedacht ist.

Der Ausbau **prä- und postoperativer** Krankenhausfunktionen und ganz allgemein der vor- und nachstationären Behandlung wird - allerdings nur vereinzelt - als Möglichkeit hervorgehoben, wobei Kosteneinsparungen allerdings ungewiß erscheinen. Gleichwohl wird darin eine Möglichkeit erkannt, die Verweildauer zu senken.

Zumindest als langfristige Konzeption wird auch das **ambulante Operieren** und die Einrichtung von **Praxiskliniken** benannt, oft wird dabei als Option hervorgehoben „gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten“. Die zum gegenwärtigen Zeitpunkt allerdings sehr geringe Bedeutung des ambulanten Operierens (vgl. unten) aufgrund von a) Kostenregelungen, die unattraktiv erscheinen und b) zum Teil unzureichenden baulich-architektonischen Voraussetzungen macht allerdings erneut das Dilemma deutlich, in dem Kliniken stehen. Abstrakt wird durchaus die Möglichkeit der Kosteneinsparung gesehen durch Verlagerung medizinischer Leistungen vom vollstationären in den teilstationären Bereich (Praxisklinik, ambulantes Operieren), der geringere Kosten verursacht durch den niedrigeren personellen Aufwand und die in der Regel auch geringeren anteiligen Kosten für die Vorhaltung medizinischer Großgeräte. Konkret erscheint eine Inangriffnahme dieser Zielsetzung jedoch wenig lohnend, da sie - in Anbetracht der als zu niedrig und teilweise kaum kostendeckend beurteilten GKV-Vergütungssätze - die Kostenproblematik im Krankenhaus tendenziell eher verschärfen als entlasten würde.

Eine allgemeine Überlegung betrifft schließlich das **Leistungsspektrum** des Krankenhauses. Hier finden sich - noch wenig ausgereifte - Ideen, „Leistungen zu bündeln“, sich „sehr viel stärker zu spezialisieren“ bzw. auch umgekehrt, bestimmte Bereiche (also Leistungen für bestimmte Krankheitsarten) auszulagern. Die konzeptuellen Ansatzpunkte zu einer Neuorganisation des jeweiligen Funktionsspektrums werden dabei auch in einen regionalen Rahmen einer neuen Arbeitsteilung gestellt und in Zusammenhang gebracht mit den - bereits erörterten - Plänen zur Neuordnung der Krankenhauslandschaft in Thüringen. Bereits von daher unterliegen sie denselben Vorbehalten und Zögerlichkeiten einer konkreten Inangriffnahme.

c) Perspektiven der GKV: CASE-Management und Einkaufsmodelle

Der zentrale Pfad zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird auch innerhalb der von uns befragten Entscheidungsträger in der GKV (AOK, BKK, VdAK) im wesentlichen gesehen in einer intensiveren Kooperation von Kliniken einerseits durch gemeinsame Nutzung spezifischer Einrichtungen wie Labors, andererseits durch gemeinsame Einkaufsmodelle, die den Häusern ein sehr viel stärkeres Gewicht als bislang bei Preisaushandlungen mit Pharma-Industrien und Anbietern von medizinisch-technischen Geräten und Krankenhausbedarf eröffnen.

In einem der Interviews wurde, allerdings ohne detaillierte Begründung, darauf hingewiesen, daß solche Zusammenschlüsse zum Zweck des gemeinsamen Einkaufs „aus kartellrechtlichen Gründen verboten seien“. Wir können dieses Argument rechtlich zwar nicht nachvollziehen, auch scheint uns die Tatsache dagegen zu sprechen, daß die Apotheke von einer der untersuchten Kliniken nach eigener Aussage bereits den Einkauf federführend für andere Kliniken der Region tätigt. Gleichwohl wäre es u.E. sinnvoll, im Zusammenhang der von uns bereits weiter oben empfohlenen Bereitstellung von Informationsmaterialien für Kliniken über andernorts realisierte Formen der Kooperation diesen Einwand juristisch fundiert zu überprüfen.

Von den Kassen weiterhin ins Gespräch gebracht wird ein systematischer Ausbau des innerbetrieblichen, krankenhausinternen Kosten-Controlling und - dies war für uns durchaus überraschend - der Hinweis auf eine teilweise bereits in Gang gesetzte und zukünftig vermutlich noch intensiviertere Praxis des „CASE-Management“. Entsprechende Hinweise darauf erhielten wir auch aus einer Klinik. Versucht wird hier, die insgesamt oft recht bürokratisierten und zeitlich langwierigen Formen der Verständigung und Entscheidungsfindung zwischen GKV und Klinik zu flexibilisieren.

Dazu werden innerhalb der Kassen Mitarbeiter medizinisch geschult und in Krankenhäusern als feste Ansprechpartner zur Klärung verwaltungs- oder finanzierungstechnischer Fragen und Entscheidungsunsicherheiten vorgestellt, um so zu einer flexibleren, weniger aufwendigen, zeitlich schnelleren Bearbeitung von praktisch relevanten Fragestellungen und Problemen zu gelangen. Praktisch bedeuten soll dies einen Vorrang persönlicher und telefonischer anstelle der bislang zumeist üblichen schriftlichen und „formular-orientierten“ Kommunikation.

In welchem Umfang dies betrieben wird (Zahl der Krankenhäuser und Mitarbeiter), ob es sich im wesentlichen um sehr kostenintensive Einzelfragen und Patienten handelt, inwieweit dies von Kliniken tatsächlich auch als Beratung und flexiblerer Informationsaustausch und nicht als Einmischung gesehen wird - diesen Fragen konnten wir aus Zeitgründen im Rahmen unserer Interviews leider nicht nachgehen. Es wäre jedoch aus unserer Sicht überaus lohnend, hier „nachzuhaken“ und Informationen über die Praxis des CASE-Management in Thüringer Krankenhäusern zu sammeln. Ob sich daraus tatsächlich eine „neue Kultur der Zusammenarbeit“ zwischen GKV und Kliniken entwickelt (wie von seiten der GKV betont), mag in Anbetracht der weiter oben skizzierten Konfliktlage bezweifelt werden. Zumindest ist damit jedoch ein praktisch relevanter Ansatzpunkt benannt, der für spezifische Probleme und Einzelfragen effizientere und unter Umständen ökonomisch ertragreiche Formen der Bearbeitung gemeinsamer Fragen benennt.

Nicht unerwähnt bleiben soll schließlich die von mehreren Krankenkassenvertretern hervor gehobene Perspektive, daß zukünftig „Einkaufsmodelle“ ein erfolgversprechender Weg zur Erschließung weiterer Rationalisierungsbemühungen in den Kliniken seien. Angesprochen ist damit die auch vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im

Sondergutachten 1995 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000“ angesprochene Empfehlung an den Gesetzgeber:

„Kurzfristig sollte den Krankenkassen im Vergütungsbereich das Recht eingeräumt werden, eigene Vergütungsvereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern zu treffen. Dabei sollten die gemeinsam pro Haus bzw. pro Land ausgehandelten Vergütungen als Höchstpreise gelten, die durch gezielte Verträge von einzelnen Krankenkassen unterschritten werden dürfen. Krankenhäuser könnten hierzu dann bereit sein, wenn Kassen ihre Patienten vermehrt in ein solches Krankenhaus lenken.“ (S. 127)

Gedacht wird von seiten der Kasse dabei in erster Linie an spezielle medizinische Leistungen oberhalb der Grundversorgung.

d) Das Krankenhaus der Zukunft: abgespecktes High-Tech-Center oder multifunktionales und integriertes Gesundheitszentrum?

Für die Zukunft des Krankenhauses sind zwei Modelle in die Debatte gebracht worden: Das „Lean Hospital“, also das „schlanke Hochleistungs Krankenhaus“ als Zentrum der High-Tech-Medizin, und das „Krankenhaus ohne Mauern“ als regionales Gesundheitszentrum oder Poliklinik mit angelagerten zusätzlichen Versorgungseinrichtungen. In der Diskussion dieser idealtypischen Modelle sind dem Typus „Gesundheitszentrum“ zumeist nur wenig Chancen für die Zukunft eingeräumt worden.

Verwiesen wurde zumeist auf die in der Regel geringen Kompetenzen und Erfahrungen im „Management“ der Kliniken (also bei Verwaltungsleitern), aufgrund derer es den Krankenhäusern sehr schwer fallen werde, durch Rationalisierungsmaßnahmen die Kostenstrukturen zu verbessern. Im Vergleich zu anderen Institutionen (wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte und Gemeinschaftspraxen von Ärzten, private und frei-gemeinnützige Träger von nachstationären- und Pflegeleistungen) würden diese in der Regel über ein sehr viel besseres Know-how, umfassendere Erfahrungen und auch über günstigere Entgeltregelungen (außerhalb des BAT) verfügen, so daß Kliniken sich im Wettbewerb wohl schwer tun würden.

Tatsächlich tendiert auch die Prognose für das Krankenhaus der Zukunft bei den von uns befragten Entscheidungsträgern überwiegend in die Richtung des High-Tech-Zentrums mit einem im Vergleich zu heute quantitativ und qualitativ weitgehend reduzierten Funktionsspektrum. Verschiedene Aspekte werden in diesem Zusammenhang in die Debatte geworfen.

Erstens: Der in Zukunft noch notwendige und absehbare Bettenabbau in den Kliniken scheint einen generellen Trend anzudeuten, einen Funktionsverlust des Krankenhauses im Sinne einer zunehmenden Auslagerung medizinischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Sektor.

Zweitens: Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz grundsätzlich möglichen Funktionsanreicherungen des Krankenhauses sind bislang nur in sehr geringem Umfang realisiert worden. Dies gilt in besonderem Maße für das ambulante Operieren, in geringerem Umfang auch für die vor- und nachstationäre Behandlung. Unabhängig von den Gründen dafür (zu niedrige Kostensätze der Kassen, fehlende Praxis, ungünstige bauliche Voraussetzungen) dokumentiert dies eher Beharrungs- als Innovationstendenzen im Krankenhaus, eher das Verbleiben in gewachsenen Strukturen als Anstrengungen zum Aufbau neuer Leistungsprofile.

Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit diese allgemeine Tendenz nicht in Einzelfällen durchaus durchbrochen werden kann. Nach unserer Einschätzung könnte es unter bestimmten Voraussetzungen einzelnen Kliniken durchaus gelingen, den Weg zum „Gesundheitszentrum“ auch gegen massive Konkurrenz zu beschreiten. Ein Hinweis darauf ist gegenwärtig zu erkennen in der Anerkennung einer Klinik mit privater Trägerschaft in Thüringen als Krankenhaus der Grundversorgung.

Ein zweiter Hinweis findet sich in den Konzepten und Vorhaben bei einem Geschäftsführer einer der von uns untersuchten Kliniken. Rationalisierung und Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven wird dort zwar auch verstanden als konsequente Überprüfung und ggf. Veränderung des traditionellen Leistungs- und Funktionsspektrums. Anders als in den übrigen Kliniken wird jedoch - für uns recht überraschend - systematisch nachgedacht über eine Ausweitung der Krankenhausaufgaben. Dies betrifft eine Vielzahl von Aspekten, so unter anderem:

- a) Ansätze zur ambulanten Krankenpflege (die allerdings auf Schwierigkeiten gestoßen sind, da eine große GKV-Kasse derzeit darum bemüht ist, einen in eigener Regie betriebenen landesweiten Pflegedienst aufzubauen);
- (b) Pläne zur Realisierung von Kurzzeitpflege, zum Angebot teilstationärer und vollstationärer Pflege;
- (c) die Umwidmung von Akutbetten und ein zukünftig verstärktes Vorhalten von Pflegebetten;
- (d) Überlegung zur Anlagerung von Rehabilitationseinrichtungen;
- (e) Pläne zur Einrichtung eines Hotelbetriebs im oder am Krankenhaus für ambulante und Tagesklinik-Patienten;
- (f) Konzepte zur Umwandlung des klinikinternen Küchenbetriebs in einen catering-artigen Anbieterbetrieb, der Angebote für Schulen oder eine Einrichtung „Essen auf Rädern“ etc. vorhält und als Public-Relations-Argument die ernährungsphysiologische Qualität, das „gesunde“ - beispielsweise für Diabetiker geeignete - Essen hervorheben will.

Dieser Katalog von - noch nicht realisierten und zum großen Teil auch erst im Stadium der Planung, Überprüfung oder Kalkulation befindlichen - Vorhaben verweist recht eindringlich auf das Zukunftsmodell des Krankenhauses als kommunales oder regionales „Gesundheitszentrum“. Inwieweit dies gelingt, bleibt zu abzuwarten. Feststellbar erscheint nach Analyse der durchgeführten Interviews u.E. jedoch bereits jetzt, daß entsprechende Pläne und „Visionen“ in sehr starkem Maße abhängen von den Qualifikationen, Erfahrungen und Motivationen des jeweiligen Klinik-Verwaltungsleiters bzw. Geschäftsführers. Das, was wohl der Mehrheit in dieser Gruppe von Entscheidungsträgern als ökonomisch riskante, in der politischen Durchsetzung höchst unsichere, in der klinikinternen Willensbildung konfliktträchtige, kurzum: insgesamt eher problematische und hochgradig arbeitsaufwendige Zukunftsperspektive erscheint, wird bisweilen und in Einzelfällen durchaus als Chance und attraktive Möglichkeit zur Veränderung des gegenwärtigen Krankenhaus-Leistungsspektrums erkannt.

Das bisweilen - auch von seiten der GKV - vorgebrachte Argument, vielen Krankenhäusern mangle es an einem professionellen, d.h. technisch, medizinisch, personalwirtschaftlich *und* ökonomisch kompetenten Management, bekommt hier möglicherweise neue Nahrung. Es begründet - im Hinblick auf die oben skizzierten Gegenbeispiele - zumindest aber einen Diskussionsbedarf hinsichtlich der tatsächlich vorhandenen und der zukünftig notwendigen Qualifikationen, Erfahrungen und Informationen von Verwaltungsleitern für die interne Umgestaltung und Modernisierung des stationären Sektors unter den geltenden ökonomischen und zukünftigen normativen Rahmenbedingungen in der sogenannten „Dritten Stufe der Gesundheitsreform.“

9. Spezielle Fragestellungen der Untersuchung

Wie unser Interviewleitfaden (abgedruckt im Anhang dieses Berichts) ausweist, ist die von uns thematisierte Palette der Fragestellungen und Untersuchungsschwerpunkte sehr weitreichend. Leider hat die von unseren Befragungsteilnehmern zur Verfügung gestellte Zeit (von 60 - 150, im Durchschnitt 90 Minuten) nicht ausgereicht, alle diese Erhebungsaspekte in jedem Einzelfall systematisch und differenziert in die Interviewführung einzubringen.

Es entwickelten sich, abhängig von Interessenschwerpunkten, Qualifikationen und besonderen aktuellen Problemlagen der Gesprächsteilnehmer, jeweils spezifische inhaltliche Schwerpunkte, auf die besonders intensiv und auch mit vielen Nachfragen eingegangen wurde. Kehrseite davon war allerdings unvermeidlicherweise, daß andere Fragestellungen nur sehr kurzorisch behandelt werden konnten oder teilweise sogar gänzlich undiskutiert geblieben sind.

Im Rahmen einer sehr stringenten empirischen Auswertung von Feldmaterialien müßten solche Aspekte, für die nur vereinzelt Aussagen vorliegen, im Grunde ausgeklammert werden, da kaum eine Einschätzung möglich ist, ob es sich um völlig atypische Stellungnahmen und Einschätzungen handelt. Auch wenn die Erhebungsbasis für unsere Untersuchung und die Zahl der Befragungsteilnehmer sehr klein ist, so konnte bei den bislang (Kap. 3 - 9) diskutierten Ergebnissen doch immerhin auf jeweils etwa 10 - 15 Sachverhaltsschilderungen zurückgegriffen werden.

Für die im folgenden diskutierten Aspekte gilt diese Voraussetzung nun nicht mehr. Wir möchten diese Punkte jedoch nicht völlig unerwähnt lassen. Anstelle einer wissenschaftlich und empirisch fundierten Interpretation bringen wir jedoch bei den folgenden Teilaspekten eine kurze Zusammenfassung der Statements und - soweit verfügbar - die einschlägigen Zitate.

a) Das Arbeitszeitgesetz und seine Umsetzung

Dort, wo in den Interviews die Rede auf das Arbeitszeitgesetz kam, fand sich eine sehr heftige und fundamentale Kritik. Verwiesen wurde einerseits auf den Ausnahmecharakter der Arbeitstätigkeit von Pflege und Therapie, der eine bürokratisch regulierte Pausenregelung kaum erlaubt bzw. dazu führt, daß das Patientenwohl bei konsequenter Handhabung massiv darunter leiden würde. Verwiesen wird zum anderen darauf, daß die personellen Rahmenbedingungen so angespannt sind, daß mit dem ärztlichen und pflegerischen Ethos vereinbare Regelungen (z.B. Springer) aus finanziellen Gründen (zusätzliche Personalkosten) nicht realisierbar sind.

„Wir machen jetzt zweimal 15 Minuten Pause in der Nacht und wenn die nicht eingehalten werden kann... Ich kann in dem großen Haus keinen Springer einführen, der von Station zu Station geht, außerdem ist es auch von den Schwestern nicht gewollt. Nachts sich hinzusetzen, eine Pause zu nehmen und ein anderer sitzt dort - das ist absurd. Wer dieses Gesetz gemacht hat, hat keine Ahnung von der Krankenhauspraxis.“ (Pflegedienstleitung)

„Das neue Arbeitszeitgesetz ist das schlimmste, was uns passieren konnte. Wir sind eigentlich so erzogen, dem Patienten zu dienen - das muß ich für mich und viele meiner Kollegen sagen. Wir haben nie gefragt, wann, wieso, weshalb, wie lange und warum. Wenn wir gebraucht wurden, waren wir da oder sind wir da. Ich halte das für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen einfach für erforderlich und kann diese Diskussion nicht verstehen, nach dem Motto: ich habe diese nacht soundsoviel Stunden gearbeitet und habe nun das Recht, mich zurückzuziehen usw. Es gibt andere Berufe, wo ich diesen Vorstellungen nachgehen kann oder selbst im Bereich der Medizin gibt es Zweige, in denen das geht. Aber im Bereich der Akutversorgung ist das nicht möglich und sinnvoll.“

(...) Die Personaldecke ist so dünn, daß der Informationsfluß abreißt. Ich frage heute früh, was ist mit dem Patienten mit dem Herzinfarkt und der eine, der gestern frei hat sagt: och, dem geht's eigentlich ganz gut - und das EKG sagt was ganz anderes. Der ist aus seinem Informa-

tionsfluß raus! Es wird unser Beruf als Beruf xyz angesehen und ich bin ein Verfechter dafür, daß unser Beruf etwas besonderes ist, da kann man nicht nur auf die Uhrzeit schauen. Man hat da zu sein und wenn man Sonntag gerufen wird, dann hat man zu kommen. Nun müssen wir umdenken. Die gehen nach Hause und dann schreit der Urologe, ich habe keine Leute mehr und der hat keine mehr und dieser nicht usw. Wie wir da raus kommen wollen, das weiß ich nicht. Die Personalkosten haben wir nicht erhöht bekommen, um das alles aufzufangen und die eingesparten Gelder reichen nicht aus, um die Ausfälle zu kompensieren - also neue Planstellen einzurichten.“ (ärztlicher Direktor)

„Das haben wir diskutiert und wir haben einen Antrag gestellt auf Aussetzung, da wir Schwierigkeiten haben, das im Haus zu zentralisieren. Aber ich muß sagen: das ganze Arbeitszeitgesetz ist eine Farce. Der Gesetzgeber hat sich doch nicht wirklich überlegt, was er da rausgibt. Was die wollen, ist schon gut. Nur müssen sie die anderen Leute erstmal dazu bringen, die Voraussetzungen zu schaffen, daß ich ein Gesetz auch umsetzen kann. Ansonsten müssen wir es doch machen, wie zu DDR-Zeiten: das Gesetz ist da und jetzt überlegen wir uns mal kräftig, wie wir es umgehen können. Wir haben gedacht, die DDR-Zeiten sind Schluß und jetzt fangen wir an und verschwenden unsere Zeit wirklich damit, daß wir überlegen, wie man ein Gesetz umgehen kann. Wahnsinn! Das können sie gar nicht anders. (...)

Und das gleiche passiert mit dem Arbeitszeitgesetz. Das müssen Leute herausgegeben haben, die noch nie in der Praxis waren. Ich finde es schon richtig, daß man den Arbeitgeber dazu zwingt, Pausen mit einzuplanen. Aber von dem Arbeitgeber im Gesundheitswesen zu verlangen, daß die zwischen 24.00 und 2.00 Uhr liegen muß ist absurd. Welche Krankenschwester setzt sich hin und trinkt Kaffee, wenn ein Patient im Nebenzimmer mich braucht. Sage ich dem Patienten, ich setzt mich jetzt hin, weil ich die Pause nehme, die mein Arbeitgeber mir verordnet hat?“ (Pflegedienstleitung)

b) Die Pflegepersonalregelung

Die Pflegepersonalregelung hat nach Ansicht eines GKV-Repräsentanten erhebliche Transparenz für die Krankenhäuser wie für die Krankenkassen im Personalbereich gebracht. Hinsichtlich der quantitativen Effekte ist keine einheitliche Tendenz in den von uns untersuchten Häusern feststellbar.

In einer Klinik hat es offensichtlich kaum eine Ausweitung der Stellen gegeben: „Die PPR hat uns überhaupt nichts genützt, wir haben jedes Jahr zurückgezahlt.“ In einem zweiten Haus wurden bei derzeit gut 700 Stellen etwa 60 Stellen, also knapp 10 %, aufgrund der PPR neu geschaffen. Und in der dritten Klinik war in geringfügigem Umfang ein Stellenzuwachs zu verzeichnen (5 % neue Stellen). Nach Ansicht des Ärztlichen Direktors wäre dieser Zuwachs allerdings auch ohne Inkrafttreten der Pflegepersonalregelung für die Klinik eingetreten. In einem Hause ist die Stellenausweitung der letzten Jahre perspektivisch wieder bedroht: „In der Gynäkologie oder Kinderklinik könnte es sein, daß Pflegekräfte abgebaut werden müssen. Das sehe ich beim Vergleich PPR 95 und 1. Quartal '96. Die Betten sind nicht ausgelastet.“

c) Krankenhausbudgets: Sonderentgelte und Fallpauschalen, ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Versorgung

Die Budgetanteile für Sonderentgelte und Fallpauschalen liegen nach Aussagen mehrerer GKV-Vertreter im Land Thüringen und im Durchschnitt aller Kliniken etwa bei 20 Prozent des Gesamtetats. Dies trifft mit einer Ausnahme auch für die von uns untersuchten Häuser zu. In einem allerdings machen aufgrund des speziellen Leistungsprofils Sonderentgelte und Fallpauschalen fast 50 % des Etats aus. Als besonderes Problem im Zusammenhang der Fallpauschalen wird von zwei Befragungsteilnehmern die diagnostische Klassifikation benannt und der Konflikt mit der GKV, ob in bestimmten Fällen aufgrund spezifischer Abweichungen

(Schweregrad der Symptome, Zweitdiagnosen) die medizinischen Leistungen nach festgelegten Standards noch als Fallpauschalen oder anderweitig abzurechnen sind.

„Oder Fallpauschalen: wir haben hier einen sehr guten Traumatologen. Da kommen Patienten aus Fachkliniken, die dort nicht behandelt oder operiert werden, weil man es dort ablehnt, weil es zu kompliziert ist. Der bei uns sagt: ja, ich kann das operieren, das Hüftgelenk muß aber computermäßig vermessen und berechnet werden, auch entsprechend gefertigt werden. Da kostet das Implantat vielleicht 25.000,- DM oder mehr. Das ist ja überhaupt nicht drin, der hat jetzt drei oder vier Patienten, bei denen das notwendig wäre. Das sind dann locker 100.000,- DM, die in diesen Fallpauschalen nicht eingerechnet sind. Das muß auch in diese Fallpauschale nicht eingerechnet werden, da es den Allgemeinwert hochtreiben würde. Aber es muß die Möglichkeit geben, mit den Kassen darüber zu sprechen und festzustellen, ob eine Sondervereinbarung hier möglich ist. Wir versuchen das gerade mit den Kassen zu prüfen. Aber man muß sich auch mal die Konsequenz vorstellen: die Kasse prüft so etwas vom grünen Tisch, sagt nein, daß gehört in die Fallpauschale. Dann muß der Arzt dem Patienten sagen: ich könnte es zwar vom handwerklichen her machen und die technischen Möglichkeiten, so ein Implantat anzufertigen gibt es auch - aber es gibt nicht das Geld dazu. Dann sind wir bei der Zweiklassenmedizin. Jemand, der das Geld dazu hat kann sich das privat finanzieren und der andere arme Mensch geht am Krückstock und muß die Schmerzen weiter erleiden.“ (Geschäftsführung)

Umgekehrt wird von seiten eines GKV-Vertreters hervorgehoben, daß Krankenhäuser (nicht nur in einzelnen Fällen) durchaus von einer großzügigen Bemessung der Fallpauschalen einerseits und einer „geschickten Überweisungspraxis“ in die Rehabilitation andererseits profitiert haben, d.h., auch von dieser Seite wird Kritik an der Festlegung den Fallpauschalen geübt.

„Nur für uns ist halt auffallend, das muß man mal ganz deutlich sagen, wir sind auch dabei, der Politik das sehr deutlich zu sagen, daß wir einfach feststellen müssen, daß man an die Kalkulation der Fallpauschalen noch mal herangehen muß vor dem Hintergrund, daß die Fallpauschalen aufgrund von Verweildauer kalkuliert worden sind. D. h., es gibt ja die Begriffe Grenzverweildauer und dergleichen, den Sie kennen, wir haben also verstärkt auch in Thüringen feststellen müssen, daß die Krankenhäuser vor Ablauf dieser Grenzverweildauer ihre Patienten verlegen. Beispielsweise in überwiegend vollstationäre Rehabilitation aber auch in sogenannte ambulante Rehabilitation. Das heißt im Klartext: Der Krankenhausträger erhält in jedem Fall dann in vollem Umfang die Fallpauschale, gleichzeitig steigen die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung in dem Bereich der Rehabilitation im Ergebnis, daß zusätzliche Leistungen angefordert werden.“ (Gesetzliche Krankenkasse)

Vor- und nachstationäre medizinische Versorgung wird nur in sehr geringem Umfang praktiziert, und ambulantes Operieren ist zum Zeitpunkt unserer Erhebungen in noch stärkerem Maße in den Kliniken vakant. In einem Haus werden die Angaben dazu auch operationalisiert: ambulantes Operieren macht dort weniger als 1 % aus. Übereinstimmend wird von Kassen- wie Klinikseite hervorgehoben, daß die festgelegten Entgelte für die Krankenhäuser kein finanzieller Anreiz sind. Sofern die Budgetierung aufgehoben wird, wird in den Kliniken jedoch dieser Bereich aller Voraussicht nach verstärkt aufgegriffen.

Die neue gesetzliche Regelung zur Errichtung von Praxiskliniken wird nach Aussagen der Kassenrepräsentanten vermutlich ebenfalls kein Bereich sein, in dem sich Krankenhäuser verstärkt engagieren. Der AOK lagen zum Zeitpunkt unserer Erhebung insgesamt 21 Anträge zur Errichtung von Praxiskliniken vor, darunter kein einziger von stationären Einrichtungen. Allerdings wird uns in zwei von uns untersuchten Häusern von konkreten und im wesentlichen bereits beschlossenen Vorhaben berichtet, im folgenden Jahr (1997) für einzelne medizinische Bereiche eine Praxisklinik zu betreiben.

10. Probleme der Interessenwahrnehmung durch Personalräte und gewerkschaftspolitische Anknüpfungspunkte

Die vorliegende Studie hat aus unserer Sicht einige Resultate zutage gebracht, die nach unserer Auffassung auch von Bedeutung sind für allgemeinere Fragestellungen der gewerkschaftlichen Interessenpolitik im Krankenhaussektor, und die wir hier kurz in dieser Perspektive zusammenfassen und zur Diskussion stellen möchten.

Erstens: Der aus unserer Sicht wichtigste Befund der Befragung ist in Kapitel 7 „Konkurrenz und Kooperation der Krankenhäuser - *die* zentrale gegenwärtige Problematik und die zugleich zentrale Zukunftsaufgabe“ ausführlich dargestellt worden. Hier ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß eine vermehrte und intensivierte Kooperation von den Entscheidungsträgern keineswegs als lästige, von außen (GKV, Gesetzgeber) auferlegte, im Grunde aber inopportune Anforderung wahrgenommen wird, sondern durchaus auch als Chance, die dazu beitragen kann, die ökonomischen Handlungsspielräume der Kliniken zu vergrößern (oder zumindest auf dem gegenwärtigen Niveau zu behalten), ohne daß darunter die medizinische und therapeutische Qualität, das „Patientenwohl“, leiden müßte. Gerade dieses Kriterium der Qualitätssicherung erscheint im Rahmen anderer Rationalisierungspfade andererseits durchaus in Frage gestellt.

Die Problematik besteht in der gegenwärtigen Phase - auch dies hatten wir bereits dargestellt - im wesentlichen darin, erste Schritte zu unternehmen, Informationen auszutauschen, Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft nach außen zu signalisieren. Dies birgt aus der Sicht der Befragten ein ganz eminentes Risiko in sich, nämlich von Kassen- oder auch Landesseite als Klinik wahrgenommen und abgestempelt zu werden, die einem besonderen Problemdruck unterliegt und daher unter Umständen am ehesten in Frage kommt für die anstehenden Maßnahmen der Kapazitätseingrenzung.

Inwieweit es gelingt, diese Hemmnisse abzubauen, ist aus unserer - auch regional weit entfernten - Problemsicht kaum zu beurteilen. Unabhängig davon erschiene es uns jedoch in jedem Fall wünschenswert, die bislang noch rudimentären Ansätze einer Kooperation zu unterstützen und auch die insgesamt eher geringen Informationen über praktische Umsetzungsmöglichkeiten, über therapeutische und ökonomische Effekte, über sinnvolle Formen von Interessenkompromissen zwischen einzelnen Häusern zu unterstützen. Eine solche Informationsstrategie würde u.E. im stationären Sektor auf sehr große Resonanz stoßen, ganz gleich, ob dies in Form von Workshops, Informationsveranstaltungen oder durch Print-Medien geschieht.

Eine Voraussetzung hierzu wäre allerdings eine - bislang unseres Wissens noch nicht realisierte - Sammlung und Aufbereitung (auch über die Landesgrenzen hinweg) entsprechender Informationen und Berichte, unter Einbezug von Kenntnissen und Erfahrungen der Kliniken und Krankenkassen.

Zweitens: In recht deutlichem Kontrast zur Befragung von Entscheidungsträgern in Bremer Krankenhäusern (vgl. Bericht: „Kommunale Gesundheitspolitik und Krankenhaus“) ist in der vorliegenden Studie kaum einmal eine große oder gar unüberbrückbare Differenz deutlich geworden zwischen den Sichtweisen und Bewertungen der Befragten aus den drei hierarchischen Säulen: Medizin - Verwaltung - Pflege. Natürlich sind unterschiedliche Schwerpunkte in der Wahrnehmung vorrangiger Probleme gesetzt worden, und auch die zu geringe Wertschätzung pflegerischer Leistungen durch ärztliches Personal ist von Pflegedienstleitungen als für sie unbefriedigender Ist-Zustand geschildert worden. Ebenso haben Verwaltungsleiter bzw. Geschäftsführer Einzelaspekte bei Ärzten kritisiert, wie beispielsweise die teilweise

geringe Motivation zur Mitarbeit bei der Dokumentation von Daten für ein Kostencontrolling, ein teilweise recht bereichs-egoistisches Handeln etc.

Insgesamt hat sich uns jedoch eher das Bild einer weitgehend homogenen und kaum fraktionierten Interessenslage zwischen ärztlichem, pflegerischem und betriebswirtschaftlichem Bereich aufgedrängt. Kritik an Verwaltungsleitern durch Ärzte, an Ärzten durch Pflegeleiter - solche Indikatoren von Interessendivergenzen sind in der Bremer Befragung sehr viel deutlicher und schärfer zutage getreten. Diese für die untersuchten Thüringer Häuser recht große Einmütigkeit oder auch Interessenkonkordanz ist auch unseres Erachtens weniger der Tatsache geschuldet, daß wir keine Gesprächspartner aus den unteren Statusbereichen befragt haben.

Vielmehr dürften wohl zwei Aspekte hier von Bedeutung sein. Zum einen spielt sicherlich der historische Erfahrungshintergrund eine Rolle. Anders als in den alten Bundesländern, wo es Bestrebungen zur Professionalisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege Tätigkeit gibt (dokumentiert etwa über die Einrichtung der „Pflegewissenschaften“ an Hochschulen) und damit zusammenhängend auch eine tendenzielle Infragestellung der alleinigen Definitionsmacht und Zuständigkeit der Ärzteschaft für therapeutische Fragen, scheint - nach unserem Kenntnisstand und auch den Aussagen unserer Interviewpartner - die Pflege Tätigkeit in Kliniken der neuen Bundesländer doch ein davon abweichendes Selbstverständnis aufzuweisen. Pflege erscheint hier sehr viel weniger als soziale und emotionale Tätigkeit, die für den Genesungsprozeß eine eigenständige Bedeutung hat und sich grundlegend unterscheidet von den Prinzipien medizinischer Diagnostik und Kuration. Vielmehr wird diese Arbeit hier noch sehr viel stärker als Verlängerung der medizinischen Funktion auf einem Niveau geringerer Komplexität und Entscheidungskompetenz verstanden. Hierbei wollen wir - dies sei ausdrücklich betont - keine Schwarz-Weiß-Malerei betreiben, sondern graduelle, aber empirisch doch feststellbare Differenzen des Funktionsverständnisses hervorheben. Im Rahmen eines solcherart substitutiven Verständnisses der eigenen Rolle und Funktion treten dann u.E. auch deutlich qualitativ unterscheidbare Interessendivergenzen und Anspruchspositionen sehr viel weniger zutage.

Zumindest von ebenso großer Bedeutung für die Interessenkonvergenz zwischen den Funktionsgruppen der Klinik dürfte aber auch die gegenwärtige gesundheitspolitische Situation sein, in der die Bedrohung von außen (durch das Land, die Krankenkassen, andere Kliniken der Region) die Konflikte im Innern weit nach hinten treten läßt. Dieses Erfahrungsmuster der Bedrohung und die Wahrnehmung eines „gemeinsamen Feindes“ konstituieren zumindest vorübergehend ein kollektives Verständnis gemeinsamer Interessen und Aufgaben innerhalb des Krankenhauses.

In dieser Situation wäre es aus unserer Sicht für eine gewerkschaftliche Interessenvertretung wenig resonanzversprechend, wenn nicht gar kontraproduktiv, an Fraktionsinteressen anzuknüpfen bzw. Projekte zu verfolgen, die spezifische Interessendivergenzen oder Konflikte zwischen Beschäftigtengruppen zum Gegenstand haben oder gar versuchen, vermeintliche oder tatsächliche Deprivilegierungen einer Gruppe (etwa von Pflegepersonal) zu Lasten anderer Gruppen aufzuheben.

Literatur:

- ABHOLZ, H.-H. u.a. (Hg.): Gesundheitsmärkte, Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 19, Hamburg 1993
- BARDEHLE, D., WOLF, K.: DDR-Krankenhausstatistik, in: das Krankenhaus, H. 9, Köln 1990
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern - 5 Jahre deutsche Einheit, Bonn o.J.
- DIETRICH, H.: Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung - Projekt 4-419V, Nürnberg 1994
- HENNING, A., KALUZA, J.: Krankenschwester Ost, Berlin 1995
- LEINZ, C.: Die Stationäre Krankenversorgung in den neuen Bundesländern, Konstanz 1994
- MANOW-BORGWARDT, PHILIP: Gesundheitspolitische Entscheidungen im Vereinigungsprozeß in: Abholz, H.-H. u.a. (Hg.)
- SACHVERSTÄNDIGENRAT für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Jahresgutachten 1991, Baden-Baden 1991
- SOLLMANN, S.: Die aktuelle Krankenhaussituation in den neuen Bundesländern in: Arnold, M., Paffrath, D. (Hg.): Krankenhaus-Report 1993, Stuttgart 1993
- THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK: Statistischer Bericht Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Thüringen Ausgabe 1992, 1993, 1994
- THÜRINGER MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND GESUNDHEIT: Erster Krankenhausplan des Landes Thüringen in: Thüringer Staatsanzeiger Nr. 46/1992
- THÜRINGER MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND GESUNDHEIT: Zweiter Krankenhausplan des Landes Thüringen in: Thüringer Staatsanzeiger Nr. 21/1994
- WASSEM, J.: Finanzentwicklung im Gesundheitswesen der neuen Bundesländer in: Oberender, P. (Hg.): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden 1993
- WASSEM, J.: Strategische Planung oder ungesteuerte Kettenreaktion? in: Abholz, H.-H. u.a.
- WEMMER, U., KORCZAK, D.: Gesundheit in Gefahr, Frankfurt/M. 1993

Anhang: Interviewleitfaden (Krankenhäuser)

Anmerkung: Der Interviewleitfaden für Repräsentanten außerhalb der Klinik (GKV, LKHG, Land) weist gegenüber dem nachfolgend abgedruckten Leitfaden für Kliniken geringfügige Veränderungen, Streichungen und Ergänzungen auf. Wir haben jedoch auf eine Wiedergabe verzichtet, da dort keine grundlegend anderen Fragen gestellt worden sind, sondern die abweichenden Fragenformulierungen lediglich eine andere Perspektive der angesprochenen Themen wählen.

kurze Vorstellung des Projekts (Auftraggeber, Ziele, Funktion) und Mitarbeiter/Interviewer

Bitte um Erlaubnis zum Tonbandmitschnitt: Zusicherung völliger Anonymität

Zusage: spätere Information über Projektergebnisse

1. Zur Person

- Funktion
- Ausbildung, Qualifikation
- wesentliche frühere Berufstätigkeiten / Leitungspositionen

2. Wende 1989

λ Welche wesentlichen Veränderungen gab es in den ersten Jahren nach '89?

Nachfragen:

- Gab es größere Abwanderungen von Pflegepersonal oder Ärzten in den Westen?
- Umbesetzungen von Leitungspositionen? (Aus welchen Gründen?)
- Veränderungen im Aufgabenspektrum („Versorgungsstufe“, ausgeweitetes oder reduziertes medizinisches Tätigkeitsfeld gegenüber DDR-Zeiten)?
- Wie hat sich die Finanzsituation verändert? (Gab es zu DDR-Zeiten eine echte Bedarfsdeckung?)
- Wie hat sich die technische Ausstattung verändert? (EDV, medizinische Großgeräte, Labor)

λ Bilanz: Wenn man die stationäre Versorgung in der ehemaligen DDR mit heute vergleicht: Ist alles besser geworden?

Nachfragen:

- Verbesserungen
- Verschlechterungen
- Patientenversorgung/Therapie
- Arbeitsbedingungen der Beschäftigten

3. Veränderungen im Gefolge des GSG und aktuelle Situation

a) Finanzen, Budget

λ Wie ist die aktuelle Finanzierungs- und Verhandlungssituation?

In welchem Umfang spielen derzeit im Budget

a) Fallpauschalen b) Sonderentgelte c) Abteilungspflegesätze eine Rolle?

Werden sich die Relationen in absehbarer Zukunft ändern?

λ Gibt es im KH so etwas wie ein abteilungsspezifisches Kosten-Controlling?

- Wenn ja: Welche Abteilungen/Bereiche sind in ökonomischer Hinsicht problematisch?
- Und welche stehen rein ökonomisch eher günstig da?
- Wirken sich diese ökonomischen Differenzen auch aus auf Status, Einflußpositionen, Veränderungswünsche der Abteilungsleiter?
- Wenn nein: Geplant? Von Kassen angemahnt?

λ Sind Krankenkassen „Kostenkontrolleure“ oder „Rationalisierungsjäger“ hier im KH?

- Kommen von Kassen auch medizinisch-therapeutische Anregungen bzw. Vorschläge zur Rationalisierung oder bleibt das allein auf betriebswirtschaftlicher Ebene? (z.B. Verschreibung preisgünstigerer Medikamente)

λ In welchen nicht-personellen Kostenbereichen (Arzneimittel, Verwaltung, ...) könnte rationalisiert werden bzw. muß dies in nächster Zukunft erfolgen?

λ In welchem Umfang profitiert man hier vom Krankenhaus-Investitionsprogramm für die neuen Länder von jährlich 700 Mio. DM (1995 - 2004)? Für welche Vorhaben werden die Gelder hier im KH verwendet?

b) medizinisches Leistungsangebot

λ Wie sieht die regionale Krankenhaus-„Landschaft“ aus, welche „Konkurrenten“ gibt es, welche Arbeitsteilungen, disziplinspezifischen Spezialisierungen?

Nachfragen:

- Funktionsumfang / Zuständigkeit dieses KH
- Gibt es Pläne oder Vorhaben, die die regionale Situation demnächst stark verändern könnten? (Neuerrichtung von Kliniken, Abbau der Bettenzahl für bestimmte Bereiche, Ärztezentren für ambulante Operationen etc.)
- Gibt es Tendenzen zur „Rosinenpickerei“, d.h. zur Spezialisierung einzelner Kliniken auf „lukrative“ Krankheitsarten oder Therapieformen?

λ In welchem Umfang wird im KH derzeit ambulant operiert?

- Sind für die absehbare Zukunft Veränderungen in diesem Bereich geplant?

λ Und wie ist es mit vor- und nachstationärer Behandlung?

- Planungen, Vorhaben

λ Gab es in den letzten Jahren eine Verkürzung der Verweildauer?

- In welcher Größenordnung?
- Wie wurde dies organisatorisch umgesetzt?

c) Technik

λ Wie ist die aktuelle Ausstattung mit medizinischen Großgeräten zu bewerten?

Gab es oder gibt es noch einen Nachholbedarf?

Und wie ist es in bezug auf die EDV-Ausstattung?

d) Organisationsstruktur

λ Mußten nach dem GSG aus Kostengründen einschneidende Rationalisierungsmaßnahmen durchgeführt werden? Welche?

- Auslagerung/Privatisierung von „Hotelfunktionen“?
- Auslagerungen auch im Bereich Diagnostik / Labor? Geplant?

λ Wie sieht aktuell die Organisationsstruktur aus im Hinblick auf

- Zentrale Dienste, Funktionsdienste, krankenhausübergreifende Einheiten

λ Sind in diesen Bereichen für die nächste Zeit Veränderungen geplant?

- Aus welchen Gründen, mit welchen Zielsetzungen?

e) Personal

λ Wenn 70 % der KH-Kosten Personalkosten sind, können Kosteneinsparungen im Grunde nur durch Personaleinsparungen bzw. Arbeitsverdichtungen beim Personal realisiert werden. Gab es solche Maßnahmen?

- Welche Maßnahmen, Effekte?
- Bei welchen Gruppen? (Ärzte, Labor, Pflege?)
- Ist für die Zukunft mit weiterem Personalabbau zu rechnen?

λ Gab es aufgrund der Personalpflegeverordnung eine Vergrößerung des Pflegepersonals?

- Wie bewerten Sie die Dokumentationsaufgaben nach der PPV - als bürokratische Pflichtaufgabe, als Chance zu einer besseren Information, Transparenz?

4. Konkrete Veränderungspläne und Investitionsplanung

λ Welche konkreten Veränderungen größerer Art - über die wir noch nicht gesprochen haben - sind im Augenblick hier im Krankenhaus in Planung oder in der Überlegung?

Nachfragen:

- medizinischer Bereich (Großgeräte)
- EDV, Dokumentation, KIS
- Personal
- organisatorische Maßnahmen (Auslagerungen, Funktionsdienste etc.)
- Verwaltung

5. Aktuelle Probleme

λ Welches sind derzeit die größten Probleme dieses Krankenhauses, egal in welchem Bereich?

- (Finanzsituation, bauliche Bedingungen, Personalmangel, technische Ausstattung, EDV, Überbelegungen, Mitarbeitermotivation, Konflikte zwischen Abteilungen, Verhandlungen mit der GKV, ...)
- Welche Überlegungen oder Pläne gibt es zur Lösung dieser Probleme?

6.) Krankenhaus als Organisation

λ Wie ist hier im KH die Kooperation zwischen den drei „Säulen“ zu bewerten?

- Gibt es Interessen der Pflegeleitung
- oder der ärztlichen Leitung, die an ökonomischen Kriterien scheitern?
- Kann man sagen, daß durch das GSG (und die Budgetierung) heute der Verwaltungsleiter heimlicher Herrscher im KH ist?

λ Ist die Kommunikation zwischen den einzelnen Beschäftigtengruppen (Ärzte - Pflege - Verwaltung - Labor) ausreichend oder wäre das verbesserungsfähig?

λ Welche Position hat der Personalrat/Betriebsrat hier im Haus? (Opposition, Co-Management, verlängerte Verwaltung)

- Kommen von dort auch eigenständige Veränderungskonzepte, Reformvorschläge oder ähnliches? Welche zum Beispiel?
- Wie stark ist der Personalrat/Betriebsrat innerhalb der Belegschaft verankert? (Organisationsgrad?)

λ Wie sind die Arbeitsbedingungen und Belastungen der einzelnen Beschäftigtengruppen einzuschätzen? Wären hier Veränderungen nötig im Sinne von „Humanisierung“ oder „Gesundheitsschutz“?

- Ist konkret einmal an die Durchführung solcher Projekte gedacht worden? Woran ist das gescheitert? (Zeit, Organisationsaufwand, Finanzmittel, Widerstände bei einzelnen Gruppen)

7. Perspektiven

λ In einer größeren Zahl von Krankenhäusern (z.B. in Bremen oder Hannover) werden derzeit Projekte realisiert in unterschiedlichsten Bereichen: neue Arbeitszeitmodelle, neue Pflege-modelle, Projekte zur Qualitätssicherung, Humanisierungsprojekte zum Abbau von Arbeitsbelastungen usw. Zuletzt stand insbesondere Organisationsentwicklung im Vordergrund zur Verbesserung der Kommunikation, zum Belastungsabbau, zur Mitbestimmung und Verbesserung der Motivation.

- Kennt man hier solche Vorhaben, wird darüber genügend informiert?
- Wären solche Vorhaben hier im KH von Interesse? Gäbe es Probleme, Konflikte?
- Für welche Bereiche oder Probleme bestünde hier ein besonderer Bedarf?

λ Ein wenig weiter in die Zukunft gedacht gibt es zwei Modelle, die für die Zukunft des Krankenhauses derzeit diskutiert werden: das „schlanke Hospital“ als High-Tech-Zentrum einerseits und das Krankenhaus als „kommunales Gesundheitszentrum“ andererseits (mit rings herum angelagerten und vernetzten Hospizen, Tageskliniken, Labors, geriatrischen Heimen usw.).

- Wird über solche langfristigen Zukunftskonzepte hier auch diskutiert? Welche Positionen gibt es dazu?
- Besteht das Risiko, daß die kommunalen Kliniken zum „Arme Leute“-Hospiz werden und private Kliniken oder auch niedergelassene Ärzte (mit Gemeinschaftspraxen) die profitablen Behandlungen übernehmen?

